Беларуская медычная думка.

1926, № 12-13

Пролетары ўсіх краёў, злучайцеся!

БЕЛАРУСКАЯ СОЦЫЯЛІСТЫЧНАЯ САВЕЦКАЯ РЭСПУБЛІКА

Том II 2-гі год выданьня

БЕЛАРУСКАЯ МЭДЫЧНАЯ ДУМКА

(БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ МЫСЛЬ)

№ 12-13

ЛІСТАПАД—СЬНЕЖАНЬ

ВЫДАНЬНЕ НАРОДНАГА КАМІСАРЫЯТУ
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ Б. С. Р. Р.
МЕНСК—1926

1-я Дзярж. друкарня. Заказ № 488. У ліку 500. Галоўлітбел № 21992.

Прывітаньне маладым будаўніком здаровай вёскі.

М. І. Барсукоў.

Сёньня Савецкая Беларусь перажывае вялікае нацыянальнае сьвята—Беларускі Дзяржаўны Унівэрсытэт дае нам першы выпуск дактароў.

Гэты дзень адзначаецца яшчэ і тым, што ён зьяўляецца пачаткам далейшага правільнага папаўненьня нашае рэспублікі дактарамі. Такім чынам, мы, нарэшце, дачакаліся правільнага і рэгулярнага папаўненьня мэдычных шэрагаў у вёсцы. Гэта дасьць органам аховы здароўя магчымасьць не зьвяртацца за дапамогаю да дактароў, выпадкова прыяжджаючых да нас з другіх рэспублік Саюзу.

Асабліва падкрэсьліваю той факт, што цяпер мы будзем мець сваіх дактароў. Важна гэта з двух бакоў: першае—у нас будуць працаваць дактары, вышаўшыя з таго народу, які ім прыдзецца абслугоўваць. Гэта дае права спадзявацца, што ім будзе лягчэй, чым каму іншаму, знайсьці падыход да хворага, гаварыць з ім на роднай мове, лепш ведаць быт і ўмовы жыцьця. Другое—наш Унівэрсітэт сваёй праграмай мэдычнага факультэту прадугледжвае цэлы шэраг практычных пытаньняў выкладаньня мэдыцыны, прыстасаваных да мясцовых умоў, з вучотам тых грунтоўных задач, якія паўстануць перад студэнтамі-мэдыкамі.

Каго, галоўным чынам, цяпер павінна абслугоўваць ахова здароўя? Адказ ясны. Звыш трохмільённая маса сялянства з сваёй прымітыўнай гаспадаркай, нездаровым ухілам жыцьця, патрабуе культуры. Дзяржава дае вельмі вялікія сродкі на аздараўленьне сялянскага быту, робіць усё, каб разьбіць, нарэшце, дзедаўскія звычаі, але яна мае ў гэтым цэлы шэраг перашкод, галоўнаю з якіх зьяўляецца недахоп культурных сіл. Калі ў вёсцы значную асьветную ролю адыгрываюць настаўнік і агроном, дык такую-ж, калі часамі ня большую культурную працу, вядзе доктар. Добра выкананая хірургічная праца або парада доктара як будаваць дом, лазьню, студню, могуць мець лепшы эфэкт, чым якая іншая тэорэтычная санітарна-асьветная лекцыя. Тут сяляне на практыцы атрымліваюць доказ патрэбнасьці навукі і, натуральна, імкнуцца да кнігі, да ведаў.

Асабліва зараз, калі мы кідаем свае сілы на ўзмацненьне прамысловасьці і на агульны ўздым экономікі нашае гаспадаркі, трэба памятаць, што бяз культуры ня можа разьвівацца прамысловасьць. Культура ня ёсьць нечым толькі скарыстоўваючым, паразытычным, яна павінна стацца крыніцаю, пачальным момантам разгортваньня ўсіх вытворчых сіл краіны.

Якія-ж задачы стаяць перад маладымі дактарамі? Што іх чакае? Гэтыя пытаньні мімаволі паўстаюць перад маладымі лекарамі і патрабуюць адказу.

Трэба проста, адкрыта сказаць,—іх чакае цяжкая ўпартая праца на самым адсталым фронце нашае гаспадаркі, у першую чаргу, у вёсцы.

Вёска, як і горад, патрабуюць ад лекара грамадзкай працы. Толькі пры сьвядомасьці, што быць грамадзкім працаўніком неабходна,—лекара ня будзе пужаць вёска сваім някультурным абліччам.

Усе формы савецкай грамадзкасьці, якія Наркамздраў мобілізуе навокал мэдычна-санітарнай справы, павінны быць галоўнай увагай вясковага доктара.

Санітарныя камісіі сельсаветаў, ячэйкі Чырвонага Крыжу, камітэты сялянскай узаемадапамогі не павінны застацца бяз дзейнага і сталага ўдзелу ў іх маладога лекара, бо гэта ёсьць база, на якой грунтуецца савецкая ахова здароўя.

Пры нашай някультурнусьці, хуліганстве, лепшай абаронай доктара і ўзмацненьня яго аўторытэту будуць грамадзкія сялянскія ячэйкі, дзе доктар заўсёды знойдзе апору і абарону мерапрыемстваў, якія праводзіць па ахове здароўя.

Плянаваньне вёскі, хата, лазьня, студня, школа—вось об'екты культурнага ўплыву доктара, праз якія ён можа змагацца з нездаровым бытам вёскі.

Другая задача—ня менш важная, якая стаіць перад маладым доктарам у вёсцы—гэта лекавая дапамога вёсцы. Маладому доктару, вядома, перш будзе цяжка. Ён адразу сустрэне шмат казуістычных выпадкаў хвароб, бо ў вёсцы няма асобных спэцыялістых. Гэта Наркамздраў прадугледзіў, разьмеркаваўшы дактароў па вучасткак так, каб маладыя дактары маглі працаваць пад кіраўніцтвам старых.

Якую параду можна даць маладому доктару? Няхай менш верыць лякарствам, усялякім парашком і мікстурам, больш зьвяртае ўвагі на тыя прычыны, якія выклікаюць хваробы. Бяз добрых студняў і чыстай вады цяжка змагацца з брушным тыфусам.

Яшчэ трэба зьвярнуць увагу пры лекарскай дзейнасьці ў вёсцы—гэта на ўменьне прымяняць лекарскую тэхніку. Тут на першым месцы стаіць хірургічная дапамога. Сельскі доктар ня можа і не павінен адмаўляцца рабіць тую опэрацыйную дапамогу, у якой найбольш адчувае патрэбу сялянства. Грыжа, апендыцыт, зрушэньне маткі, усялякія пераломы і вывіхі—вось тыя хваробы, з якімі сяляне найчасьцей зьвяртаюцца да доктара. Гэтыя хваробы больш сустракаюцца ў сялян ад цяжкай працы і дрэннага харчаваньня (апендыцыт, язва жалудка). Тут парашкі не дапамогуць, а патрэбна неадкладная лекарская дапамога—опэрацыя.

Таксама патрэбна, каб вясковы доктар ведаў акушорства. Акушорская дапамога ў вёсцы пастаўлена нездавальняюча. Яе ў большасьці абслугоўваюць акушоркі, а дактары стаяць з боку ў якасьці гледачоў.

Праўда, добрая лекарская тэхніка дасягаецца не адразу, але маладому лекару ня трудна пад кіраўніцтвам старшых таварышоў папаўняць свае ўнівэрсытэцкія веды. Галоўнае трэба памятаць, што для практычнага доктара вывучэньне тэхнікі зьяўляецца асновай усёй яго мэдычнай будучыны.

Вядома, задачы—цяжкія. Затое вынікі іх могуць поўнасьцю апраўдаць затрачаныя сілы.

Дзяржава мае права патрабаваць, як мінімум, год службы доктара ў вёсцы для непасрэднай дапамогі сялянству, а затым доктар можа выбіраць працу, якую захоча.

Пажадаем-жа посьпеху маладым дактаром Беларускага Ўнівэрсытэту ў іх цяжкай, але вельмі важнай для дзяржавы працы, як аздараўленьне цёмнай беларускай вескі, якая яшчэ верыць у розныя забабоны.

Адважней на барацьбу за здаровы сьветлы быт—аснову моцнай культурнай гаспадаркі!

1926 г. 30/X.

Общественное здравоохранение и гигиена.

Девятая годовщина Октябрьской революции и Советское Здравоохранение.

М. И. Барсуков

(Отрывки из воспоминаний).

Советское здравоохранение зародилось под знаком красного Октября. Октябрьский революционный вихрь всколыхнул творческие силы рабочего класса и открыл перед ними широчайшие перспективы строительства.

Здравоохранение есть часть нашего быта и как таковое отражает все его качества.

При старом помещичьем строе слово лечить означало призревать, оказывать милосердие, давать подачки миллионам рабов.

Слово профилактика, предупреждение болезней, считалось революционным, и земские врачи, робко говорившие об этом, брались под надзор опричников царского правительства.

Здравоохранение рассматривалось, как благотворительность, присущая лишь богатым людям. Санитарные законы творились и писались в душных кабинетах бюрократических департаментов. Рабочие и крестьяне к участию не призывались.

Характерным образцом такой „общественности" дореволюционного времени представляет, к примеру, циркуляр Могилевского губернского врачебного инспектора Ролляндо, изданный 1 февраля 1869 г. по поводу борьбы с эпидемиями: „Затем, имея в виду появление в одном из уездов Могилевской губернии эпидемического тифа, возлагается на г. г. исправников, при появлении во вверенных им уездах этой эпидемии, прямо от себя просить г. г. предворителей дворянства открывать заседания уездного комитета общественного здравия, под личным их председательством, а копии протоколов о последствии заседаний представлять г. начальнику губернии".

И вот, когда пролетарская метла прошлась гигантским взмахом по всей стране, начисто вымела старых канцелярских крыс, начало складываться и советское здравоохранение.

9 лет прошло с тех пор, когда впервые в Ленинграде заговорили о новой пролетарской медицине, и, оглядываясь в славное прошлое, можно лишь удивляться той удивительной силе героизма, энтузиазма рабочего класса, проявленной в борьбе за новый быт.

Медицина была раздроблена, медработники не представляли единого фронта, между отдельными медицинскими группами шла непрерывная, цеховая, кастовая вражда.

Рабочая революция сразу навсегда покончила с этими дрязгами, сама взялась за создание единого советского здравоохранения, тесно спаянного с рабочими и крестьянскими организациями.

К сожалению, мы до сего времени не имеем еще полной исторической картины этих первых дней зарождения советской медицины.

Почему то все авторы многочисленных брошюр и трудов по истории советской медицины начинают свое описание сразу с 1918 года, с момента окончательного утверждения Совнаркомом РСФСР положения о Наркомздраве. Между тем есть много интересного и поучительного в том начальном периоде, когда советская общественная мысль делала попытки об‘единения лечебно-санитарного дела, искала лучшие организационные формы сплочения медицинского актива. Трудное, тяжелое было время. Единицы, которых можно перечислить по пальцам, шли тогда в Смольный и, не взирая на дикий вой саботажников, творили великое дело созидания основ пролетарской медицины. Только девять лет прошло с тех пор, срок сравнительно небольшой, а уже начинают складываться легенды, рисующие совершенно в другом виде то, что предшествовало окончательному оформлению советского здравоохранении. Недавно вышедшая книжка Л. Я. Скороходова „Краткий очерк истории русской медицины“ (Ленинград 1926 г.) очень бегло останавливается на октябрьском периоде, вскользь проходит мимо Совета Врачебных Коллегий, путает дату переезда правительства в Москву и с этой датой связывает внесение Н. А. Семашко в Совнарком проекта о Наркомздраве. Надо напомнить Л. Я. Скороходову, что правительство переехало в Москву не в июле 1918 г., а в марте, и что этот переезд никакого отношения не имел к узаконению в государственном масштабе здравоохранения. Также непонятно умалчивает об октябрьском периоде медицины в своих трудах тов. А. С. Алуф: „К пятилетию союза Всемедикосантруд“ и „Профессиональное движение работников лечебно-санитарного дела“.

Между тем в этих сборниках участвуют товарищи как, например, Куперман и Лискцер, да и сам Алуф, прекрасно знающие, как протекала вся борьба за единство медицины. Подобное же отношение можно встретить и в официальных изданиях Наркомздрава РСФСР. Таким образом как-то непонятно вычеркивается целая историческая полоса упорного, неимоверно тяжелого, в условиях саботажа искания новых путей; совершенно забывается черная работа, расчистившая дорогу будущему Наркомздраву. Тогда же зародилась мысль об едином союзе Всемедикосантруд, к слову сказать, враждебно встреченная многими группами медицинских работников.

Я не буду подробно останавливаться на всех этапах октябрьского периода организации здравоохранения. Постараюсь лишь в самых общих чертах охарактеризовать главнейшие моменты развития идеи единой медицины и рассказать о тех трудностях, которые тогда приходилось преодолевать.

Надо сказать, что и Временное Правительство носилось с проектом Министерства Народного Здравия. Проработка этого вопроса шла в Центральном Врачебном Совете, полуобщественном, полугосударственном органе, роль которого заключалась в установлении связи между отдельными видами ведомственной медицины. Одновременно с этим Советом существовал еще и медико-санитарный Отдел Всероссийского Центрального Исполнительного Комитета. Кроме того, при каждом почти Министерстве находились врачебные управления. Центральный Врачебный Совет возлагал большие надежды на Военно-Санитарный С‘езд, который должен был собраться в декабре 1917 года. Этот С‘езд должен был окончательно решить вопрос, быть или не быть Министерству Народного Здравия. С‘езд, несмотря на октябрьский переворот, все же в декабре собрался и сразу занял чрезвычайно враж-

дебное отношение к советским медицинским начинаниям и вскоре был распущен. Между прочим, он выделил, на всякий пожарный случай, будущий центральный медицинский орган, который нелегально существовал до роспуска Учредительного Собрания.

Октябрьская революция сразу положила конец всем этим бесконечным разговорам и взяла твердый курс на создание единого медицинского центра.

В ночь на 25 октября 1917 года я получил задание от Военно-Революционного Комитета за подписью т. Подвойского срочно приступить к „реорганизации всего медико-санитарного дела в Республике". Так гордо и дерзко звучал этот исторический документ. Этим, так сказать, предопределялась судьба советской медицины и намечалась большая созидательная работа. Конечно, сразу приняться за эту программу maximum нельзя было. Еще не утихли бои за власть, приходилось с оружием в руках отбивать Краснова от Ленинграда и бороться против юнкеров в самом городе, а самое главное не было людей с кем можно было бы работать. Положение с медицинской помощью Красной Гвардии было самое отчаянное. Эвакуация больных и первая помощь носили самый сумбурный характер. Все это еще осложнялось тем, что ленинградские больницы с большим трудом принимали больных красногвардейцев и нередко приходилось припугивать вооруженной силой, чтобы добиться реальных результатов. Рабочие массы и здесь проявили свою самодеятельность. Самой первой санитарной ячейкой в Ленинграде явился Пролетарский Красный Крест, организовавшийся в Выборском районе, во главе которого стояли т. т. Коренев и Фортунатов. Самое название Пролетарский Красный Крест показывает, что эта организация ничего общего не имела с Российским Обществом Красного Креста, которое заняло тогда к Смольному далеко недружелюбную позицию и было нам безусловно чуждо и бесполезно.

Медицинские работники, которые отозвались на наш призыв, буквально насчитывались единицами. В числе этих единиц, которые пришли в ту ночь в Смольный были: военный врач Балонов и сестра милосердия Соколова—оба беспартийные. Первой санитарной организацией, с которой пришлось нам уже официально разговаривать в ночь на 25 октября был медико-санитарный отдел ВЦИК'а первого созыва. Во главе отдела стоял военный врач Новиков, но фактически отделом руководила меньшевистская группа врачей. На предложение работать с нами был гордо получен ответ, что с насильниками у них нет ничего общего! Конечно, никаких дел мы от них не получили, а самое главное с уходом этой группы, мы неизбежно замыкались в свой ограниченный круг и лишались всякой возможности иметь связь с богатейшими городскими медицинскими организациями. Оставалось лишь обратиться к Пролетарскому Красному Кресту и приняться за приведение в порядок небольших запасов материальных средств, которыми тогда он располагал.

Мои попытки в последующие дни устроить заседания с представителями всех наиважнейших административных медико-санитарных учреждений Петрограда—не увенчались успехом. Пришел лишь Председатель Санитарного Совета Ленинградской Городской Думы д-р *Богородицкий* и этим дело окончилось. Наступила тяжелая пора постепенного, медленного накапливания наших медицинских сил вокруг Смольного.

Задачи, которые стояли тогда перед нами сводились, главным образом, к следующим двум моментам: немедленная практическая

санитарная помощь Красной Гвардии и затем оформление здравоохранения во Всероссийском масштабе.

Понемногу стала сорганизовываться небольшая группа большевиков врачей. Это были: т. т. *В. М. Бонч-Бруевич, А. Н. Винокуров, С. И Мицкевич, С. И. Вегер* и тогда левый интернационалист *Вечеслов.*

Непосредственно в Смольном первое время работали врачи Глезер и Беркович. При помощи т. т. Соколовой и Балонова были организованы в Смольном и первый наш Красный лазарет с постоянными койками и амбулаторией.

Доставку медикаментов и перевязочных средств взял на себя Пролетарский Красный Крест, который где-то захватил революционным порядком аптечный склад, откуда он черпал довольно долго все необходимые нам предметы. Но особенно ценную услугу этот Красный Крест оказал нам, передав в наше распоряжение, тоже, как революционный трофей, санитарную автоколонну. Автомобили были как раз кстати, так как только при их помощи удалось наладить эвакуацию больных и раненых с боевой линии. За право владения этой автоколонной пришлось некоторое время поспорить с одной очень интересной и характерной для того времени организацией—Центральным Комитетом скорой помощи.

Наши противники любят часто козырять тем, что медицина, дескать, аполитична и т. д., но всегда забывают ряд поразительных случаев из былой практики нашей борьбы, когда с очевидной ясностью можно было сказать, как односторонне понималась эта пресловутая аполитичность.

Одним из таких ярких примеров может служить организация Центрального пункта скорой помощи. Этот пункт сорганизовался из группы работников Земского Союза, Красного Креста и других „общественных" организаций. Скорая помощь первоначально существовала при Комитете Общественной безопасности и ставила своей задачей обслуживание юнкеров и других лиц, пострадавших от „большевистского террора".

Конечно, в материальном отношении Центральный Пункт был поставлен блестяще. Все склады Красного Креста, Союза Городов, Земского Союза были в его распоряжении.

Для переговоров о том, в чьем ведении будет находиться автоколонна, в Смольный прибыл представитель Центрального Пункта Скорой Помощи. Нам не хотелось из практических соображений разрывать с ними всякие отношения и мы договорились, что колонна будет находиться в распоряжении Смольного, но мы будем предоставлять по мере надобности и Центральному Пункту отдельные санитарные автомобили на определенный срок и на строго оговоренные потребности. Тут же необходимо отметить удивительную самоотверженную работу санитарок-работниц, которые на передовой линии под пулями оказывали первую помощь нашим бойцам прежде, чем посадить последних на автомобили. Все это делалось без всякого вознаграждения, подчас и на тощий желудок, единственно лишь из горячего желания всем, чем можно облегчить страдания своих братьев пролетариев, о которых, кроме них, в ту минуту некому было позаботиться.

Вскоре после начала нашей работы нам пришлось столкнуться с большой забастовкой аптечных служащих, которая началась еще при Временном Правительстве. Мне было поручено от имени Военно-Революционного Комитета войти в переговоры с забастовочным комитетом, представителем которого был выделен т. Куперман. Послед-

ний довольно охотно стал с нами договариваться. Я подчеркиваю охотно потому, что в то время Смольный был жупелом и даже самое посещение его считалось для посторонних граждан каким то необычайным героическим актом. Здесь впервые медико-санитарный отдел показал свое лицо в политике здравоохранения. По его докладу Военно-Революционный Комитет издал постановление, что аптеки передаются в распоряжение государства, если аптековладельцы не исполнят всех требований забастовщиков. По сути говоря, мы хотели без всяких условий их муниципализировать, но встретили сопротивление в среде самих фармацевтов, которые тогда не особенно верили в крепость большевистского правительства. Надо было видеть испуганные лица тех аптечных хозяев, которых под конвоем приводили в Смольный, как не подчинившихся Революционному приказу. В результате аптековладельцы уступили и только одну аптеку на Торговой ул. пришлось временно муниципализировать.

В ряде совещаний, которые мы тогда устроили с нашей группой врачей-большевиков выяснилось, что медлить с оформлением общероссийской организации здравоохранения дальше нельзя и надо скорее приступить к „захвату“ врачебных управлений бывших министерств.

В управление бывшего главного врачебного инспектора при Нар. Ком. Внутренних Дел была выделена тройка—Коллегия в составе: т. т. *Винокурова, Мицкевича и Вегера.* Такие же тройки были выделены в Наркомпути—*я, Вечеслов, Головинский* и Нар. Ком. Призрения, в последний комиссариат, кроме Головинского и меня, был выделен еще врач *Артеменко.*

Для согласования работы всех этих троек был образован Совет Врачебных Коллегий, под председательством тов. *Винокурова.* Секретарствовала у нас *Н. М. Сазонова.* Запоздало дело с Главсанупром. Только 7-XII был издан декрет Совнаркома, в котором впервые упоминалось о совете Врачебных Коллегий, как органа, на который возлагалось выделение коллегии для заведывания Главным Военно-Санитарным Управлением. В составе этой коллегии фигурировали опять те же лица: *Винокуров, Вегер, я и Головинский.*

В Главсанупре мы застали аппарат не разрушенным, но саботаж, конечно, огромнейший. Нам, кучке в 4 человека, пришлось переваривать сплоченную, хорошо сорганизованную группу старых, матерых чиновников. В Управлении Главного Врачебного Инспектора и в Железнодорожном Ведомстве была совсем иная картина. Здесь точно все вымерли или куда то бежали от нашествия врага. Абсолютная пустота, даже чернила постарались вылить из чернильниц и вытащить перья из ручек.

Ясно, какую огромнейшую работу пришлось нам вынести на своих плечах, пока не вылезли из своих нор попрятавшиеся чиновники. Но об этом нужно поговорить особо.

Здесь с очевидностью можно было убедиться, что с этим старым прогнившим кадром медработников далеко не уйдешь в строительстве новой жизни. Нужно было, следовательно, собрать распыленные силы медработников и лучших из них об‘единить в единую профессиональную организацию. Тогда существовало бесчисленное количество всяких отдельных профессиональных медицинских групп. Были союзы фармацевтов, лекарских помощников, зубврачей, сестер милосердия и врачей. Все они, если не совсем враждебно, то во всяком случае нейтрально относились ко всему происходящему. Попытка наша опереться на союз лекпомов для создания единого фронта против происходив-

шего тогда архи-черного военно-санитарного с‘езда провалилась самым блестящим образом. На нас посыпались не очень любезные словечки. Но все же стала намечаться определенная группа из фармацевтов, лекпомов, санитаров и сиделок, которая послужила первоначальным ядром для создания единого медицинского союза, который мы окрестили в Всероссийский Федеративный Союз медицинских работников. Название федеративный мы дали потому, что предполагали на правах автономных секций об‘единить разношерстные категории медицинских и аптечных работников. В дальнейшем из этого союза образовался Ленинградский Губотдел Всемедикосантруд.

К первым числам ноября относятся и наши переговоры с т. Лениным о создании комитета по охране народного здоровья, который должен был явиться центральным органом по управлению медико-санитарным делом в Республике. Как сейчас помню полного энергии и жизнерадостности Владимира Ильича, живо интересующегося нашей идеей об‘единения лечебно-санитарного дела. Его советы легли в основу всей нашей дальнейшей работы. Первый совет его был не торопиться с оформлением в Наркомздрав—сначала, говорил он, докажите на практике рабочим, что идея Наркомздрава широка, целесообразна, поставьте дело так, чтобы рабочие сами заговорили о создании комиссариата и только после этого добивайтесь законодательного акта.

Второй совет—собрать вокруг себя пролетарски настроенных врачей, переломить реакционную часть Пироговского Общества врачей и революционное меньшинство этого общества—использовать для лечебно-санитарного строительства.

Третий совет—создать при Советах Рабочих, Крестьянских и Солдатских депутатов медико-санитарные отделы с широким участием в них рабочих и крестьян.

Вот в основном та программа, которую набросал Владимир Ильич в первые дни Октября, на основе которой и стала строиться советская медицина.

Только в феврале 1918 года наши медицинские организации стали крепнуть и становиться на твердую ногу; декретом Совнаркома был узаконен Совет Врачебных Коллегий, как высший административный медико-санитарный орган в Республике с правом представительства с совещательным голосом в Совнаркоме. К этому времени относится и реорганизация Главного Управления Красного Креста, преобразованного на коллективных началах в Комитет, председателем которого был назначен А. Н. Винокуров. Кстати сказать, на долю реорганизованного Красного Креста выпала славная задача выделить группу работников для организации санитарной части на чехо-словацком фронте, переименованном впоследствии в Восточный фронт. Это был первый серьезный фронт гражданской войны.

Рабочие и крестьяне классовым чутьем поняли всю важность завоевания медицины и когда в июле 1918 года собрался 1-й С‘езд Здравоотделов с широким рабочим представительством—было вынесено единогласное пожелание о превращении совещательного органа при Совнаркоме—Совета Врачебных Коллегий, в полномочный Наркомздрав.

Так создавалось, так крепло советское здравоохранение.

Количественная характеристика основных видов медпомощи застрахованным в городах Белоруссии и ближайшие задачи в области их организации.

С. Р. Дихтяр.

Амбулаторная помощь.

Для характеристики медико-санитарной организации в первую очередь важно выяснить, насколько она охватывает обслуживаемое население. С этой целью обычно прибегают к сравнению фактического положения с так называемыми нормами обслуживания. По Вигдорчику норма эта такова: на 1.000 застрахованных—1.010 заболеваний и 3.535 амбулаторных посещений в год; по Штейнбергу—6 амбулаторных посещений на 1 активного и 2 посещения на пассивного застрахованного, т. е. около 9.000 посещений в год на 1.000 активных (если считать по $1^1/_2$ члена семьи на 1 активного), а по Вигдорчику 8.840—почти столько-же. Лукомский считает по 5 посещений на каждого активного застрахованного, т. е. около 12.000 посещений в год (вместе с иждивенцами) на 1.000 активных застрахованных (или 4800 на общую тысячу).

Если сравнить с этими данными положение амбулаторной помощи застрахованным в белорусских городах, то следует констатировать, что у нас уже превзойдена максимальная норма, а именно: в 1925 году на 1.000 застрахованных было 7.082 амбулаторных посещений и 1.872 заболеваний (первичных посещений). Принимая по Вигдорчику по 2 заболевания на больного, мы имеем на каждую 1.000 застрахованных 936 больных (против 505 по Вигдорчику) и по 3,8 амбулаторных посещений на каждое заболевание (по Вигдорчику 3,5).

Однако, мы считаем нужным критически отнестись к этим благоприятным выводам, полученным из приведенных сравнений. Мы считаем неправильным распространять на Белоруссию норму, выработанную на основе материалов других местностей. Такой метод и вообще неправилен, так как в частности обращаемость населения в амбулатории зависит не только от амбулаторной сети, но и от ряда других причин (фактическая заболеваемость, культурный уровень и проч.). Так, в Москве мы имеем за 1925-26 г. (по Обуху), на 1.000 жителей 6.790 посещений, а посещаемость одних застрахованных, конечно, еще больше. Поэтому нам кажется, что судить о достаточности или недостаточности нынешней амбулаторной сети следует еще по другим признакам, и в качестве основного такого признака мы принимаем степень стабилизации амбулаторной обращаемости. Прослеживая на протяжении 18 месяцев статистику амбулаторных посещений застрахованных в городах Белоруссии, мы констатируем, что степень этой стабилизации весьма значительна (см. прилагаемую таблицу I). Этот вывод

остается правильным также при сравнении одних и тех же месяцев 1925 и 1926 года и при анализе числа первичных посещений. Таким образом мы имеем основание сделать следующий вывод: если число амбулаторных посещений стабилизировано, то, во-первых, существующая амбулаторная сеть, повидимому, в общем и целом достаточна, и, во-вторых, средние цифры по Белоруссии дают более или менее основательный критерий для характеристики отдельных городов в отношении развития амбулаторной помощи в них. Разумеется, каждый из городов надо оценивать и с точки зрения стабилизации амбулаторной посещаемости в нем самом.

Расположим все города в порядке убыли амбулаторных посещений на 1.000 жителей:

Витебск . . .	2.568	первичных	9.930,3	общих,	т. е. по	3,9	посещений на каждое заболевание
Могилев . . .	2.405,3	„	9.389,6	„	„	3,9	
Борисов . . .	2.608,5	„	9.125,4	„	„	3,1	
Мозырь . . .	2.563,7	„	7.987	„	„	3,1	
Бобруйск . . .	2.051,3	„	7.274,8	„	„	3,5	
Минск	1.836,3	„	7.184,3	„	„	3,9	
Слуцк	978,9	„	7.120	„	„	7,2	
В среднем по Белоруссии . .	**1.872**	„	**7.082**	„	„	**3,8**	
Полоцк . . .	1.120,3	„	5.695,3	„	„	5	
Орша	807,7	„	2.917,6	„	„	3.6	
Климовичи . .	622,2	„	1.626,4	„	„	2,6	

Эта таблица уже выявляет некоторые определенные тенденции дальнейшего развития амбулаторной помощи.

1. В Орше и Климовичах амбулаторная деятельность несомненно будет довольно значительно расти за счет и первичных и повторных посещений, так как в этих городах, очевидно, амбулаторией охвачено еще весьма незначительная часть населения, если судить по числу первичных больных, а число посещений каждого больного не достигло средней по Белоруссии величины.

2. Можно ожидать рост повторных посещений в Борисове, Бобруйске и Мозыре.

Разбор статистических данных по отдельным городам дает возможность сделать более конкретные выводы.

В Бобруйске: колебания амбулаторной деятельности по месяцам показывают стабилизацию как первичных, так и повторных посещений: возможно лишь увеличение числа последних.

В Борисове—то же.

В Витебске хотя размах кривой посещений в 1926 году как будто дал скачок вверх (максимум 34.985, а в 1925 году максимум 33.900—оба раза в марте), однако число первичных посещений определенно стабилизировано—имеется даже тенденция к снижению—и число посещений на каждое заболевание довольно высоко. Поэтому следует считать, что амбулаторная деятельность в Витебске охватывает более или менее полно застрахованное население.

В Климовичах наблюдается рост амбулаторной деятельности, что подтверждает приведенный уже вывод.

В Минске в общем такое же положение, как и в Витебске.

В Могилеве статистика амбулаторной деятельности не дает оснований ожидать ее роста.

В Мозыре последние месяцы дают картину стабилизации амбулаторной деятельности, и в этом городе, как мы видели, есть основание ожидать роста повторных посещений.

В Орше число амбулаторных посещений безусловно не соответствует нужде. Недостаточно выраженный рост амбулаторной посещаемости (хотя общий под'ем ясен) об'ясняется просто недостаточностью амбулаторных учреждений количественной, а, главным образом, качественной.

В Полоцке и Слуцке своеобразное положение: хотя число первичных обращений там довольно низко, однако число посещений, падающих на каждое заболевание в этих городах очень высоко и абсолютно и в сравнении с другими городами Белоруссии. Это можно об'яснить с одной стороны тем, что контингент застрахованных в этих городах вероятно мало подвижен, вследствие чего и заболеваемость мало изменчива и характеризуется большим числом „известных" хроников. С другой стороны большое число посещений, падающих на каждое заболевание, служит признаком того, что амбулаторные учреждения в этих городах достаточны.

Коечная помощь. (см. таблицу II).

Нет никакого сомнения, что число амбулаторных посещений и помощь на дому находится в зависимости от размеров госпитализации и, как общее правило, эта зависимость обратно пропорциональная: чем больше госпитализируется больных, тем меньше амбулаторная деятельность. В отношении степени госпитализации города Белоруссии располагаются в следующем убывающем порядке (процент госпитализированных к числу первичных обращений):

Климовичи	15,3	Число	амбул.	посещ.	на	1000	813,2
Минск	9,5	„	„	„	„	„	7184,3
Орша	7,8	„	„	„	„	„	2917,6
Полоцк	7.6	„	„	„	„	„	5695,3
Мозырь	7,4	„	„	„	„	„	7987
В среднем по Белоруссии	**6,6**	„	„	„	„	„	**7082**
Витебск	6,5	„	„	„	„	„	9930,3
Слуцк	6,1	„	„	„	„	„	7120,7
Могилев	4,9	„	„	„	„	„	9389,6
Борисов	4,4	„	„	„	„	„	9125,4
Бобруйск	3,8	„	„	„	„	„	7274,8

Если эти два ряда цифр не обнаруживают абсолютного совпадения с указанным общим правилом, то во всяком случае общая линия совершенно ясна: в округах с амбулаторной посещаемостью выше средней мы наблюдаем процент госпитализации ниже среднего. Конечно, по самой природе анализируемого явления исключения неизбежны. Слуцк и Полоцк представляют, как мы видели, исключения, зависящие от самого характера заболеваемости строго ограниченной группы населения. Орша и Климовичи также не могут служить примером, т. к. в этих городах малая амбулаторная посещаемость скорее зависит от состояния амбулаторных учреждений, чем от размеров госпитализации. Бобруйск представляет исключение по случайным причинам, связанным с ремонтом и реорганизацией учреждений. Но города с более значительным массивом застрахованного населения—Витебск, Минск, Могилев, Борисов—в общем подтверждает проводимую нами взаимозависимость.

Разумеется, ошибочно предполагать, что увеличение числа коек автоматически вызывает уменьшение амбулаторной деятельности—тут взаимоотношения гораздо сложнее и кроме количественного они имеют и качественное значение: с ростом госпитализации меняется тип амбулаторной заболеваемости, а следовательно и самый характер амбулаторной деятельности. Это имеет, по понятным причинам, основное значение для изменения всей системы медобслуживания. Амбулатория освобождается от необходимости оказания длительной, собственно лечебной помощи в тяжелых случаях, которые гораздо успешнее пользовать стационарно, и получает возможность перейти на диспансеризацию, т. е. на путь действительного оздоровления обслуживаемого населения. Мы здесь допустили отступление, чтобы показать, что количественная оценка госпитализации, во-первых, довольно сложна и, во-вторых, крайне важна для выводов о практических мероприятиях в области медобслуживания застрахованных.

Мы охарактеризовали степень госпитализации застрахованных по проценту помещенных в стационар больных в отношении всех первичных посещений за 1925 год. В 1926 году мы не замечаем улучшения в этом отношении, и можем определенно сказать, что этот процент гораздо ниже имеющихся норм, например: по Вигдорчику процент госпитализированных в отношении первичных амбулаторных больных должен равняться около 20 проц., по Лукомскому—25 проц. Тот же вывод о крайней недостаточности числа коек в Белоруссии мы делаем на основании числа застрахованных, обслуживаемых одной койкой. Это число нами выведено следующим образом: вычислен средний процент койко-дней, проведенных застрахованными в отношении общего числа; по этому же проценту расчитано число коек для застрахованных.

По этому признаку города Белоруссии располагаются в следующем порядке (на одну койку приходится застрахованных):

В Витебске	148,5
„ Минске	202,7
„ Мозыре	244
„ **среднем по БССР** .	**244,6**
„ Могилеве	292,7
„ Бобруйске	383,8
„ Борисове	402,6
„ Полоцке	627,7
„ Орше	704,2
„ Слуцке	759,3
„ Климовичах . . .	1395,5 (норма—до 100 застр. на 1 койку)

Интересно, наконец, сопоставить процент занятых застрахованными коек к общему их числу с процентным отношением числа застрахованных к общему населению городов. При этом, необходимо, конечно, учитывать, что больницы в окружных городах обслуживают, главным образом, сельское население округа и застрахованных города; остальное городское население занимает очень незначительный процент коек. Поэтому и выводы, которые напрашиваются из приводимого сравнения, условны и положение застрахованных в отношении коечного обслуживания фактически гораздо лучше, чем это показывают цифры.

Впрочем, и самые цифры доказывают, что застрахованные в несравненно большей степени обеспечены коечной помощью, чем остальное население, ведь % застрахованных к населению, фактически обслуживаемому окружными больницами (почти всему сельскому населении округа) гораздо ниже приводимых.

В Борисове	% застр. к насел. города	71,8 % зан. застр. коек	51,7
„ Витебске	„ „ „ „ „	37,6 „ „ „ „	51,7
„ Минске	„ „ „ „ „	46,6 „ „ „ „	42
„ Мозыре	„ „ „ „ „	66,9 „ „ „ „	32,7
„ Бобруйске	„ „ „ „ „	51,5 „ „ „ „	31,4
„ **средн. по БССР**	„ „ „ „ „	**46** „ „ „ „	**26,9**
„ Полоцке	„ „ „ „ „	57,6 „ „ „ „	18,7
„ Могилеве	„ „ „ „ „	33,7 „ „ „ „	17,3
„ Орше	„ „ „ „ „	46,5 „ „ „ „	14,2
„ Слуцке	„ „ „ „ „	44,1 „ „ „ „	8,1
„ Климовичах	„ „ „ „ „	71 „ „ „ „	8,8

Таким образом надо подчеркнуть, что недостаточная госпитализация застрахованных зависит не от недостаточного удельного веса их обслуживания обще-коечным фондом, а от абсолютной недостаточности этого фонда.

Мы здесь не касаемся вопроса о качестве коечного обслуживания (средняя продолжительность пребывания больного, оборудование и пр.) так как это должно составить тему особой работы.

Помощь на дому.

Мы уже указывали, что и число посещений на дому должно находиться в обратно пропорциональной зависимости от числа госпитализированных. Наши данные таковы:

В Минске	на 1000 застр.	3027	пос. на дому и % госп. (к перв. пос.)	9,5
„ Витебске	„	2222,6	„	6,5
„ **среднем по БССР**	„	**1793**	„	**6,6**
„ Слуцке	„	1601	„	6,1
„ Бобруйске	„	1334	„	4,4
„ Климовичах	„	1110	„	15,3
„ Орше	„	1025,1	„	7,8
„ Борисове	„	914,9	„	3,8
„ Могилеве	„	837,9	„	4,9
„ Полоцке	„	655,8	„	7,6
„ Мозыре	„	315,0	„	7,4

Повидимому, приведенные два ряда цифр как будто опровергают наше априорное суждение. Однако, мы склонны об'яснить это противоречие системой районной помощи, которая практиковалась до последнего года. Отсутствие строгого прикрепления к районам лечащих врачей и повизитная оплата последних несомненно способствовали искусственному увеличению числа посещений на дому. В заключение укажем, что по норме (Вигдорчик, Штейнберг) на 1000 застрахованных следует ожидать 400-450 посещений на дому, т. е. меньше, чем мы наблюдаем в городах Белоруссии, за исключением Мозыря.

Основные задачи.

На основании разобранного нами фактического материала мы можем наметить наиболее важные задачи в области организации в городах основных видов медпомощи застрахованным.

1. В общем, повидимому, амбулаторные учреждения в городах в состоянии удовлетворить нужду застрахованного населения в этом виде обслуживания. Исключение составляет Орша и Климовичи, где имеется необходимость расширения и улучшения амбулаторной помощи.

2. В области амбулаторной помощи очередной задачей является поэтому упорядочение самой ее постановки; необходимо поднять квалификацию оказываемой помощи, организовать амбулаторные приемы по отсутствующим специальностям, правильно распределить приемы между врачами ради нормальной их нагрузки, улучшить внутренний распорядок в амбулатории и поднять качество учета деятельности амбулаторных учреждений.

3. Максимум внимания должно быть уделено расширению всех видов коечной помощи, не оставляя в стороне, конечно, и качественного улучшения существующих учреждений. Для ориентировочных расчетов нужного числа коек в каждом городе следует исходить из фактического числа амбулаторных посещений, но необходимо принять во внимание, что средняя продолжительность пребывания больного на койке у нас весьма незначительна, что отражается несомненно на прочности достигаемых результатов лечения.

4. Помощь на дому в большинстве городов не только не пред'являет требований на расширение, но превосходит по размерам рекомендуемые различными авторами нормы. Основной задачей в этой области является реорганизация ее во всех городах в смысле прикрепления определенных врачей к строго ограниченному городскому району, причем оплата не должна производиться повизитно.

5. Стабилизация амбулаторной помощи в большинстве городов и охват ею застрахованного населения до исчерпывающих размеров является показанием к пересмотру системы медобслуживания: в некоторых городах целесообразно начать проведение диспансеризации ввиде хотя бы диспансеризации части активно застрахованных.

Некоторые практические выводы.

1. Основной предпосылкой для практического разрешения всех указанных задач является наличие благоустроенных помещений, поэтому строительство специально приспособленных зданий для лечебно-профилактических учреждений должно стать первоочередной практической задачей.

2. Для улучшения амбулаторной помощи необходимо увеличить число приемов как по отсутствующим специальностям, так и в том случае, когда число амбулаторных посещений несоразмерно высоко по сравнению с числом врачей. Ориентировочные расчеты таковы: из всех амбулаторных посещений следует ожидать:

По внутренним	болез. около	31% ;	по глазным	бол. около	4%
„ детск. .	„ „	25 „	„ ушн., горл. и нос.	„ „	3 „
„ хирургич. .	„ „	15 „	„ кожно-венер. .	„ „	4 „
„ женск. и акуш.	„ „	4 „	„ зубным . .	„ „	13 „
„ нервным .	„ „	2 „			

Норма врачебного приема в час:

По внутренним бол.	8	По глазным болезн.	10
„ детским . . „	9	„ ушн., горл. и нос. „	8
„ хирургич. . . „	8	„ кожно-венерич. „	10
„ женск. и акуш. „	6	„ зубным . . „	4
„ нервным . . „	6		

На основании этих ориентировочных данных легко вычислить нужные размеры амбулатории для обслуживания застрахованных. Для примера приведем расчеты для гор. Минска, при чем будем считать на каждый амбулаторный кабинет 6 час. работы в день или 1800 час. в год. Всего амбулаторных посещений в 1925 году застрахованными было сделано в округлении 323000. По отдельным специальностям размеры амбулаторной помощи следует расчитывать так:

По внутр. бол.	100.130	посещ.	на	12.516	час.	прием.	или	на	7 кабин.
„ детск. „	80.750	„	„	8.972	„	„	„	„	5 „
„ хирург. „	48.450	„	„	6.056	„	„	„	„	3½ „
„ жен. и акуш.	12.920	„	„	2.153	„	„	„	„	1,2 „
„ глазным бол.	12.920	„	„	1.292	„	„	„	„	0,72 „
„ кожно-венер.	12.920	„	„	1.292	„	„	„	„	0.72 „
„ ушным горл. и нос.	9.690	„	„	1.211	„	„	„	„	0,7 „
„ зубным бол.	41.990	„	„	10.497	„	„	„	„	5,8 „
„ нервным „	6.400	„	„	1.060	„	„	„	„	0,6 „
Итого около	323.000	посещ.	на	45.000	час.	прием.	или	на	26 кабинетов

Следовательно для обслуживания одних городских застрахованных в Минске нужно иметь около 20 обще-врачебных кабинетов и 6 зубоврачебных кресел, работающих по 6 часов в день.

3. При расчетах нужной организации для перехода на диспансеризацию можно исходить из след. соображений. Все диспансеризируемое население (для начала—активно-застрахованные) должно подвергнуться однократному медицинскому осмотру, при чем осмотр каждого рабочего в среднем продолжается полчаса. Скажем, в Минске для этого потребуется в год 15.000 часов. Из всех осмотренных около 70 проц., предположим, будет нуждаться в систематическом врачебном наблюдении, в среднем 1 раз в 3 месяца, что даст всего (4×21.000) 84.000 посещений или 12.000 час. врачебного приема. Допустим, далее, что 30 проц. из находящихся под систематическим наблюдением будет нуждаться в более длительном амбулаторном лечении до 2-х недель, что даст дополнительно (14×6.000) 84.000 посещений или еще 12.000 часов врачебного приема. Таким образом полная диспансеризация всех активных застрахованных города Минска потребует 39.000 часов врачебного приема в год, иждивенцы гор. Минска в числе 40.000 человек в год дадут 200.000 посещений или около 28.000 часов врачебного приема. Итак, для полного перевода всех активных застрахованных на диспансерное обслуживание потребуется в первый год на 23.000 часов врачебного приема или 13 кабинетов больше, чем при настоящей системе медицинской помощи. Необходимо, однако, принять во внимание, что диспансеризация, разумеется, может проводиться постепенно и что усиленные затраты связаны только с первым годом диспансерного обслуживания, когда требуется поголовное освидетельствование. Если учесть, что диспансеризация достигает действительного массового оздоровления, что при диспансеризации несомненно уменьшаются траты на лекарственную помощь, то нужно сказать, что приведенный пример показывает полную реальность применения диспансерной системы.

ВЕДАМ

аб амбуляторнай мэддапамозе забясьпечаным па м-цах

Гарады / Год і месяцы	Бабруйск		Барысаў		Віцебск		Клімавічы		Менск	
	Усяго даведваньняў	З іх першаразных	Усяго даведваньняў	З іх першаразных	Усяго даведваньняў	З іх першаразных	Усяго даведваньняў	З іх першаразных	Усяго даведваньняў	З іх першаразных
1925 г.										
Студзень . .	8047	4240	9165	4337	29343	12169	266	191	23923	3955
Люты . .	9131	2896	9667	2874	30637	9468	412	161	24964	7286
Сакавік . .	9129	2677	11036	2589	33931	8604	379	256	25073	7297
Красавік . .	9618	2690	10826	2605	33322	8266	378	224	23436	8000
Май . . .	11195	2766	11918	3409	33121	7814	415	202	26413	11258
Чэрвень . .	11649	2845	12137	3126	30901	6373	335	179	34913	13518
Ліпень . .	15684	4290	11088	3113	19906	5312	732	238	27221	6071
Жнівень . .	14755	3551	8389	2739	26378	5818	701	180	26935	5484
Верасень . .	14316	3594	8683	2364	18340	6813	755	263	27696	4760
Кастрычнік .	13729	4316	9860	2587	30413	6611	1018	361	27920	6970
Лістапад . .	11734	3548	10870	2886	29395	6230	1460	362	25224	7559
Сьнежань . .	13600	2793	11287	3082	32419	6798	753	292	29482	7129
1926 г.										
Студзень . .	10519	2289	9674	2479	31578	6239	1611	209	26841	6445
Люты . .	10265	2522	9612	2675	31329	6168	1675	327	28418	7748
Сакавік . .	10798	2696	10931	2689	34985	6600	1931	405	29844	7599
Красавік . .	12068	2713	10125	2391	34195	6037	1672	312	30362	7359
Май . . .	12730	3110	9378	2377	32572	5425	1862	370	28169	6937
Чэрвень . .	13229	3592	11385	2637	28395	4616	няма	вестак	27898	7366
Усяго за 1925 .	142587	40206	124926	35711	348106	90276	7604	2909	323200*) 384183	89287*) 98196
Колькасьць амб. даведваньняў на 1000 забясьпечаных в 1925 г.	7274,8	2051,3	9125,4	2608,5	9930,3	2568,3	1626,46	629,2	6043,9*) 7184,3	1669,7*) 1836,3

*) не ўнесены дадаткавыя весткі.

АСЬЦЬ

Табліца № 1.

у 1925 і першую палову 1926 г. па акруг. гарад. БССР.

Магілеў		Мазыр		Ворша		Полацак		Слуцак		Усяго па акруговых гарадох БССР	
Усяго даведваньняў	З іх першаразных	Усяго даведваньняў	З іх першаразных	Усяго даведваньняў	З іх першаразных	Усяго даведваньняў	З іх першаразных	Усяго даведваньняў	З іх першаразных	Усяго даведваньняў	З іх першаразных
10677	3219	2946	1488	2139	856	2862	1678	3127	424	92495	32557
13517	4004	2875	1205	2341	513	4518	1481	3218	582	101280	30470
13824	3654	4524	1544	1428	405	6117	1383	3271	574	108712	28983
11330	3174	5052	1677	1819	342	5357	1166	3860	935	104998	29079
11778	3753	5373	1763	1430	332	5451	1102	3642	838	110736	33237
13694	2475	4482	1406	2144	388	5861	1196	3321	180	119437	31686
13734	3415	3955	1585	2213	598	4469	873	4322	171	103324	25666
13571	3713	3470	1095	2136	940	4950	861	4343	535	105628	24916
10836	2841	2947	714	3041	1046	6322	791	4496	439	97432	23625
8588	2007	3494	1010	3175	508	5832	841	2795	254	106824	25465
10351	2083	3789	844	3623	1642	6523	833	3909	644	106878	26631
11016	2270	4456	872	3599	483	7519	742	3488	444	117619	24905
10494	2675	3791	1464	2861	1255	6340	630	2365	337	106074	24022
10879	2576	4484	1344	3639	890	6247	489	2429	455	108977	25388
11562	2798	4604	1374	3675	867	5766	577	2582	436	116678	26164
12793	2728	5078	1545	3509	1508	5399	573	2953	436	118154	25608
12069	2785	4907	1525	3546	1148	5569	597	2808	413	114610	24687
11814	2656	3909	1265	3614	1101	7436	1378	2794	570	—	—
142916	36608	47363	15203	29088	8053	65781	12947	43792	6020	1275363	337220
9389,6	2405,3	7987,0	2563,7	2917,6	807,7	5695,3	1120,3	7120,7	978,9	7082	1872

В Е Д А М

аб колькасьці гасьпіталізованых і праведзеных ложка-дзён

Гарады / Год і месяцы	Бабруйск		Барысаў		Віцебск		Клімавічы		Менск	
	Прайшло хворых	Праведзена л.-дзён	Прайшло хворых	Праведзена л.-дзён	Прайшло хворых	Праведзена л.-дзён	Прайшло хворых	Праведзена л.-дзён	Прайшло хворых	Праведзена л.-дзён
1925 г.										
Студзень	175	1474	94	637	682	7967	29	240	984	9491
Люты	128	1063	69	613	415	6987	31	169	567	7313
Сакавік	169	1153	117	967	537	7760	27	202	645	8539
Красавік	140	1470	109	1104	462	6934	29	164	590	7012
Май	145	1420	137	1135	446	7302	13	166	661	8172
Чэрвень	145	1349	112	852	450	5846	36	264	567	8032
Ліпень	117	1216	128	1046	347	5486	20	181	532	7252
Жнівень	169	1482	133	1270	440	5996	10	190	565	8404
Верасень	168	1675	116	1289	467	7075	27	164	646	8656
Кастрычнік . . .	151	1714	112	1099	546	8144	37	162	713	8556
Лістапад	142	1845	121	1092	497	8694	41	225	656	8939
Сьнежань . . .	183	2406	119	1226	566	9754	45	302	709	9236
1926 г.										
Студзень	181	2608	112	1191	481	8279	20	229	702	10514
Люты	146	1888	171	1269	429	7409	34	196	659	9507
Сакавік	150	2064	137	1505	511	7711	32	201	780	11114
Красавік	162	1965	105	1156	486	6173	47	291	786	11081
Май	164	1446	109	1048	471	6241	33	195	702	10061
Чэрвень	131	1372	100	1095	463	5146	н. св.	—	727	10032
Усяго за 1925 г. .	1832	18267	1367	12330	5809	85133	345	2429	7793	94963
Агульны лік л/дзён	58077		23865		164794*)		27431		236984*)	
% праведзен. л/дзён забясьпеч. за 1925 г.	31,4		51,7		51,7*)	38,2	8,8		42,03*)	29,4
Сярэдні лік ложкаў, забясьпеч. у 1925 г.	50,7		34.0		236,5	244,3	6,7		263.8	276.7
Колькасьць забясьпеч. на кожнае ложка .	383,8		402.6		148.5	143,9	697,7		202,7	193,3
% гасьпітал. да ліку першаразных . .	4,4		3.8		6,5		15.3		9,5	

*) без псыхіятрычных ложка-дзён.

АСЬЦЬ

Табліца № 2

забясьпечанымі па м-цах у 1925 г. і за першую палову 1926 г.

Магілеў		Мазыр		Ворша		Полацак		Слуцак		Усяго па акр. гарад. БССР.	
Прайшло хворых	Праведзена л.-дзён	Прайшло хворых	Праведзена л.-дзён	Прайшло хворых	Праведзена л.-дзён	Прайшло хворых	Праведзена л.-дзён	Прайшло хворых	Праведзена л.-дзён	Прайшло хворых	Праведзена л.-дзён
202	1791	127	919	56	538	46	305	46	314	2441	23676
137	1668	78	530	35	408	22	250	35	289	1517	19290
134	1571	112	760	48	514	34	316	31	308	1854	22090
139	1470	103	693	47	518	44	525	35	238	1698	20128
122	1271	87	790	32	471	42	527	21	175	1706	21429
174	1436	95	619	12	169	57	735	34	280	1682	19582
115	1449	97	693	56	263	66	765	28	130	1506	18481
138	1152	97	519	60	397	60	724	26	82	1698	20216
155	1690	86	594	52	456	59	711	21	150	1797	22460
158	2420	102	822	69	500	49	432	23	148	1960	23997
141	2302	79	937	84	733	77	569	27	293	1865	25629
172	2015	70	870	79	990	58	765	44	496	2045	28060
198	2335	77	730	85	1143	87	991	35	449	1978	29382
144	2586	75	707	61	840	84	911	39	371	1842	25657
204	2851	75	663	74	942	98	1034	47	568	2108	28653
163	3493	89	680	73	803	112	1264	44	638	2067	27494
92	2582	66	767	53	532	112	1136	32	685	1834	24693
104	2282	н. св.	—	36	339	93	901	29	494	—	—
1758	18711	1133	8746	630	5957	614	6624	371	2903	21769	265038
108345*)		26726		41843		35525		27171		985746	
17,3*)	11,2	32,7		14,2		18.7		10,7		26,9	
52,0	56,2	24,3		16,5		18,4		8,1		711,0	
292,7	270,8	244,0		604,2		627,7		759,3		244,6	253,3
4,9		7,4		7,8		7,6		6,1		6,6	

Табліца № 3.

ВЕДАМАСЬЦЬ
аб хатняй дапамозе забясьпечаным па м-цах у акр. гарадох БССР з 1 студзеня 1925 г. па 1 ліпня 1926 г.

Гарады / Год і месяцы	Бабруйск	Барысаў	Віцебск	Клімавічы	Менск	Магілеў	Мазыр	Ворша	Полацак	Слуцак	Усяго
1925 г.											
Студзень . .	1637	1096	9908	95	13151	1403	815	808	841	763	30517
Люты . . .	1417	996	7377	161	15664	1109	55	897	762	573	29011
Сакавік . . .	1560	1087	6020	334	14567	1194	122	1310	784	599	27577
Красавік . .	1576	1005	5486	158	11750	910	189	796	465	738	23073
Май	2000	887	4816	106	8979	872	124	706	468	553	19511
Чэрвень. . .	2693	825	5016	267	9674	833	41	687	659	593	21288
Ліпень . . .	2305	890	4563	150	11729	878	52	659	479	804	22509
Жнівень . .	2039	798	4955	159	11347	937	40	881	453	1690	23299
Верасень . .	2399	758	6719	158	12295	1163	35	710	637	704	25578
Кастрычнік .	3104	1017	7915	116	19885	990	13	470	764	1142	35416
Лістапад . .	2550	1614	7563	191	16059	1165	45	1268	603	850	31717
Сьнежань . .	2961	1552	7786	215	16779	1299	337	1028	660	838	33455
1926 г.											
Студзень . .	2748	1355	7542	148	17050	1246	350	836	833	898	33006
Люты . . .	2760	1364	7026	190	17548	1245	340	1002	666	955	33096
Сакавік . . .	5417	3024	12676	231	32127	2104	676	1738	1390	2033	51416
Красавік . .	3128	1819	12221	438	21326	1786	654	1113	826	1052	44363
Май	2575	855	7830	171	16969	1142	576	798	477	500	31893
Чэрвень. . .	4624	1177	6142	н. св.	12827	1062	н. св.	674	511	544	27561
Усяго за 1925 г.	26241	12525	78124	2110	161879	12753	1868	10220	7575	9846	322951
Лік забясьпеч. насельн. на 1 кастрыч. 25 г.	19600	13690	35150	4675	53475	15220	5930	9970	11550	6150	175410
Лік хатніх даведваньняў на 1000 чал. забясьпеч. . .	1334,9	9149,0	2222,6	451,2	3027,2	837,9	3150,1	1025,1	655,8	1601,0	1793

Состояние здоровья родившихся в 1903 году в Слуцком округе по данным осмотра призывных комиссий 1925 г.

(Материалы к изучению состояния здоровья населения Слуцкого окр.)

Доктор С. И. Ратнер.

(Завтубдиспансером г. Слуцка).

Оперируя с цифровыми данными, у нас есть всегда опасения, что они неточны, что часть изучаемого материала не попадает в статистику. Когда мы изучаем эпидемию или вообще заболевания по данным больничных или амбулаторных учреждений, у нас остаются сомнения, а все ли больные изучаемой категории обращались в больничные учреждения или были ими выловлены. Особенно это имеет значение у нас, где население еще пользуется услугами знахарей и вообще еще недостаточно обслуживается квалифицированной медицинской помощью. Вот почему у нас нет точных данных о физическом состоянии населения и распространения разных болезней среди него. Мы можем говорить, что у нас столько-то зарегистрировано больных, а сколько осталось недорегистрированных нам неизвестно.

В этом отношении исчерпывающий ответ относительно здоровья призывных возрастов могут дать нам протоколы призывных комиссий, но опять таки не всегда. В эпоху военных действий, когда приходится усиленно вербовать в армию и требования к физической годности понижены, материалы комиссий, конечно, не совсем точно отражают подлинное физическое состояние призывных. Совсем в особом положении находились мы в прошлом году. Потребный набор был мал, условия мирной обстановки и популярность службы в Красной армии не давали случаев симуляции, наоборот, льготы, которые получаются в результате службы в Красной армии, и безработица создавала некоторую тягу в нее и приходилось опасаться, как бы призываемые не скрывали своих болезней. С другой стороны сами медицинские комиссии находились под двойной ответственностью: они отвечали и в том случае, когда браковали здоровых и в том случае, когда сдавали больных. Все это создавало обстановку, при которой становилось вполне возможным выявить действительное число всех больных и точно выяснить состояние здоровья всего населения данного возраста. В данном случае у нас нет уже сомнений, что не все попали в статистику, наоборот, мы можем сказать: вся мужская половина всего населения округа, родившихся в 1903 г., была одновременно осмотрена, осмотрена тщательно и поэтому материал, полученный на основании его, верен, насколько вообще точны наши знания [1]).

[1]) Всего функционировали 2 комиссии, и я лично участвовал в одной.

Еще несколько слов об условиях настоящей работы. Чтобы получить нужные цифры, мне пришлось обработать совершенно сырой, несистематизированный материал, а именно: пришлось пользоваться протокольными книгами комиссий и оттуда делать выборку, так как готовой разбивки по районам и болезням не имеется. Далее, чтобы быть точным, я обработал эти данные лишь по истечении нескольких месяцев после призыва с тем, чтоб включить в статистику и тех, которые после сдачи возвратились из армии, как больные, случайно пропущенные комиссиями.

Еще несколько слов по вопросу о ценности материала. Наш округ преимущественно сельско-хозяйственный. Пришлого элемента мало или вернее почти нет. Поэтому все данные осмотра призывников дают характеристику состояния здоровья именно коренного местного населения, а данные по районам—почти исключительно сельского населения.

Переходим к анализу материала. Последний представлен в прилагаемой при сем таблице. Из нее видно следующее:

1. Всего осмотрено 3432 чел., из них оказалось больных 1233 ч., т. е. 35,9 проц.

2. Заболевания распределяются в следующем порядке:

а) 1-ое место занимает туберкулез—35,18 проц. всех признанных больными или 12,9 проц. всех осмотренных (туберкулез легких, плевры—33,6 проц., желез—1,5 проц., костей—0,08 проц.). Здесь требуются 2 поправки:

1-ая поправка: среди призывавшихся в 1925 г. были и лица рождения 1902 г. и призыва 1924 г., но попавшие на призыв 1925 г. вследствие отстрочки с 1924 г. Таким образом, цифра легочных больных 415 охватывает как этих отстрочковых рождения 1902 г., так и родившихся в 1903 г.; чтобы получить точный процент заболеваний туберкулезом среди призывных рождения только 1903 г., я сделал выборку и нашел следующее число отстрочковых с 1902 г., признанных больными по туберкулезу и при призыве 1903 г.:

по Слуцку	2	Слуцкому району . . .	19
„ Старобинскому р. . .	14	Копыльскому району . .	25
„ Любаньскому р. . .	6	Краснослободскому р. .	12
„ Гресскому	16	Стародорожскому р. . .	15
		Всего	109 человек.

Таким образом легочных рождения 1903 г. оказалось 306 человек, т. е. 26,8 процентов числа всех больных рождения 1903 г., что вместе с туберкулезом костей и желез дает цифру в 28,38 проц. числа всех признанных больными или 10,5 проц. всех осмотренных.

2-ая поправка заключается в том, что туберкулез костей в таблице отнесен в графу „хирургические заболевания“: сюда относятся случаи искривления позвоночника и другие заболевания туберкулезного происхождения. Таким образом истинный процент туберкулезных должен быть выше. Резюмируя, выходит, что истинный процент туберкулезных заболеваний лежит в отношении к общему числу всех осмотренных призывников между 10,5 проц. и 12,9 проц., в отношении к общему числу признанных больными между 28,38 проц. и 35,9 проц.

Частота заболеваний туберкулезных по районам распределяется так:

г. Слуцк	17,6	проц. всех осмотренных
Старобинский район . .	16	„ „ „
Стародорожский р. . .	15,9	„ „ „
Краснослободский р. . .	10,7	„ „ „

Слуцкий район	10,5	проц.	всех	осмотренных.
Копыльский район . . .	10,3	„		„
Гресский район	9.8	„		„
Любаньский район . . .	8,8	„		„

т. е. наиболее поражены город Слуцк, Старобинский и Стародорожский районы; Любаньский район вдвое здоровее гор. Слуцка—факт парадоксальный, принимая во внимание, что Любаньский район самый болотистый, сырой и малокультурный. Единственное об'яснение этому то, что именно вследствие своей малокультурности, отсутствия хороших путей сообщения и связи его с центром и деревень одна с другой, район более пощажен туберкулезом, т. е., что туберкулез распространен у нас тем более, чем больше общения и связи с окружающими миром имеет местность. Что это так, показывают наблюдения в Тубдиспансере: у больных Любаньского района туберкулез протекает остро и тяжело, в анамнезе— недавнее заболевание. Этот факт соответствует данным литературы, что у негров, заразившихся на континенте и у других малокультурных народов, не имевших возможности заразиться в детстве и тем самым получить некоторый иммунитет, туберкулез протекает тяжело. А если это так, то мы должны ожидать, что чем культурнее станет деревня, чем она в большую связь войдет с окружающим культурным миром, тем больше в ней разовьется туберкулез и отсюда вывод, что мы впереди огромного распространения туберкулеза.

б) 2-ое место по частоте заболеваний занимает *сердце*—11,03% всех признанных больных или 3,96 проц. общего числа осмотренных. Значительную частоту сердечных заболеваний нужно об'яснить ревматоидными заболеваниями, распространенными в Слуцком округе.

По районам частота сердечных заболеваний распределяется следующим образом:

г. Слуцк	9,1	проц.	всех	осмотренных
Старобинский р. . .	7,1	„	„	„
Стародорожский р. .	6,1	„	„	„
Слуцкий р.	4,9	„	„	„
Гресский р.	2,4	„	„	„
Любаньский р. . .	1,6	„	„	„
Копыльский р. . .	1,6	„	„	„
Краснослободский р.	1,5	„	„	„

как видим, наиболее неблагополучным по сердечным заболеваниям, как и по туберкулезу, являются г. Слуцк, Старобинский и Стародорожский районы. В Любаньском, Копыльском и Краснослободском районах в 5 раз меньше сердечных больных, чем в Слуцке.

в) 3-е место по частоте заболеваний занимают хирургические заболевания—10,3 проц. всех признанных больными или 3,7 проц. всех осмотренных. В массе своей эти заболевания, как видно из таблицы— заболевания конечностей—18,2 проц. всех осмотренных, отсутствие искривление конечностей пальцев и проч. Это, повидимому, имеет связь с бытом населения и условиями работы. Имеющиеся 11 случаев болезни позвоночника в массе—туберкулезного происхождения, о чем я говорил выше.

По районам хирургические заболевания распределяются в следующем порядке:

Стародорожский район	5,3	проц. всех осмотренных
Старобинский „	4,8	„ „
Гресский „	4,1	„ „
Копыльский „	3,4	„ „
Краснослободский „	3,2	„ „
Слуцкий „	3,08	„ „
Любаньский „	2,47	„ „
г. Слуцк	0,7	„ „

т. е. наименьшие количественные повреждения конечностей дают Слуцк, Любаньский район, наибольшие—Стародорожский, Старобинский и Гресский.

г) 4-е место занимают заболевания глаз—8,8 проц. всех признанных больными или 3,14 проц. всех осмотренных. Главная категория глазных больных приходится на потерю остроты зрения. По статьям, отмечающим наличие трахомы, имеются лишь 1 проц. всех признанных больными или 0,4 проц. всех осмотренных.

По районам частота глазных заболеваний распределяется так:

г. Слуцк	4,9	проц. всех осмотренных
Любаньский район . . .	4.6	„ „
Стародорожский „ . . .	4,5	„ „
Старобинский „ . . .	3,2	„ „
Краснослободский „ . . .	3,1	„ „
Копыльский „ . . .	2,9	„ „
Слуцкий „ . . .	2.8	„ „
Гресский „ . . .	1,44	„ „

Здесь интересно отметить, что Любаньский район, занимающий одно из последних мест по легким, сердцу и хирургическим забол., занимает одно из первых по заболеваниям глаз, тут причина, мне кажется, опять в разнице культурности районов.

По районам трахоматозные заболевания распределяются так:

Стародорожский район . .	0,8	проц. всех осмотренных,
Старобинский „ . .	0,5	„ „
Копыльский „ . .	0,5	„ „
Любаньский „ . .	0,5	„ „
Краснослободский „ . .	0,3	„ „
Гресский „ . .	0,24	„ „
Слуцк	0	„ „
Слуцкий район	0	„ „

д) 5-е место занимают грыжи—7,5 проц. всех признанных больными или 2,7 проц. всех осмотренных.

По районам распределяются следующим образом:

Гресский район	3,9	проц. всех осмотренных
Любаньский район . . .	3,6	„ „
Копыльский „ . . .	3,3	„ „
Стародорожский „ . . .	3	„ „
Краснослободский район . .	2,9	„ „
Слуцк	2,8	„ „
Старобинский район . . .	1,8	„ „
Слуцкий район	1	„ „

е) 6-е место занимает физическое недоразвитие—5,2 проц. всех признанных больными или 1,9 проц. всех осмотренных.

По районам:

Гресский район	4,6 проц.
Любаньский район	1,4 „
Старобинский район	1,4 „
Слуцкий район	1,15 „
Краснослободский район . . .	3,6 „
г. Слуцк	1,4 „
Копыльский район	1,3 „
Стародорожский район . . .	1 „

Как видим, Стародорожский, Любаньский, Слуцкий районы физически хорошо развиты.

ж) На 7-м месте—резко выраженное узловатое расширение вен конечностей—4,3 проц. всех найденных больными или 1,7 проц. всех осмотренных. Если прибавить сюда узловатое расширение вен семенного канатика—0,35 проц., то получится, что расширение вен встречается в 2,05 проц. всех осмотренных.

Этот факт интересен постольку, поскольку вопрос происхождения и расширения вен спорный. Из имеющихся теорий: механической и врожденной слабости венозных стенок (Bier), надо на основании наших данных склониться к теории врожденной слабости вен.

По районам распределяются так:]

	Расширение вен конечностей	Семенного канатика	Всего
Стародорожский район . .	2,6 проц. всех осм.	0,2 проц.	2,8 проц.
Любаньский „ . .	1,9 „ „	1,1 „	3 „
Копыльский „ . .	2,9 „ „	0,8 „	3,7 „
Старобинский „ . .	1,4 „ „	0,23 „	1,63 „
Слуцкий район . . .	1,5 „ „	0,16 „	1,66 „
Гресский район . . .	0,7 „ „	—	0,7 „
Краснослободский район . .	0,6 „ „	—	0,6 „
г. Слуцк	—	—	—

з) На 8-м месте—плоская стопа—3,7 проц. всех больных, 1,3 проц. всех осмотренных.

По районам:

Слуцк	2,8 проц. всех осмотренных
Гресский район . . .	2,2 „ „
Копыльский район. . .	1,9 „ „
Любаньский „ . . .	1,6 „ „
Стародорожский район . .	1,2 „ „
Старобинский район . .	0,9 „ „
Краснослободский район .	0,9 „ „
Слуцкий район . . .	0,38 „ „

и) На 9-м месте болезни уха—3,2 проц. всех больных или 1,1 проц. всех осмотренных.

По районам распределяются так:

Слуцкий район . . .	2 проц. всех осмотренных
Гресский „ . . .	1,7 „ „
Любаньский район . .	1,4 „ „
Краснослободский район .	1,2 „ „
Стародорожский „ .	0,8 „ „
г. Слуцк	0,7 „ „
Старобинский район . .	0,7 „ „
Копыльский „ . .	0,5 „ „

ТАБ

заболеваний среди призывных Слуцкого Округа, рожде

(Разработана д-ром

ВСЕГО ОСМОТРЕНО	Гор. Слуцк 142 чел.		Слуцкий район 608 человек		Старобинский район 438 человек		Копыльский район 628 человек	
Оказалось больных	Чел.	В %	Чел.	В %	Чел.	В %	Чел.	В %
Туберкулез легких, плевры и дыхательных путей	25	17,6	64	10,5	72	16,4	65	10,33
Туберкулез желез	3	2,1	5	0,8	1	0,23	1	0,16
Туберкулез кожи	—	—	—	—	—	—	1	0,16
Тяжелые заболевания желез	—	—	2	0,3	—	—	—	—
Болезни сердца	13	9,1	30	4,9	31	7,1	10	1,6
„ глаз: острота зрения	7	4,9	17	2,8	12	2,7	15	2,07
„ глаз: трахома	—	—	—	—	2	0,5	3	0,07
Хирургические болезни: конечности	1	0,7	16	2,6	17	3,9	13	12,01
Хирургические болезни: позвоночник	—	—	1	0,16	4	0,9	2	0,8
Хирургические болезни: таз	—	—	—	—	—	—	1	0,16
Хирургические болезни: рубцы приросшие	—	—	2	0,32	—	—	4	0,6
Хирургические болезни: опухоли	—	—	—	—	—	--	2	0,8
Зоб	—	—	2	0,32	—	—	1	0.16
Грыжи	4	2,8	6	1,0	8	1,8	21	8,3
Плоская стопа	4	2,8	2	0,32	4	0,9	12	1,9
Узловатое резко-выраженное расширение вен	—	—	9	1,5	6	1,4	18	2.9
Узловатое расширение вен семенного канатика	—	—	1	0,16	1	0,23	5	0,8
Задержка в брюшной полости яичка	—	—	—	—	1	0,23	—	—
Болезнь половых путей и полового члена	—	—	—	—	—	—	—	—
Косолапость	—	—	—	—	1	0,23	—	—
Физическое недоразвитие	2	1,4	7	1,15	6	1,4	8	1,3
Деформация позвоночника	1	0,7	1	0.16	1	0,23	1	0,8
Деформация грудной клетки	—	—	—	—	1	0,23	—	—
Резкое заикание	—	—	—	—	—	—	—	—
Немота или глухота	—	—	—	—	1	0,23	—	—
Болезни уха	1	0,7	12	2,0	3	0,7	3	0,5
Болезни носа (озена)	—	—	—	—	—	—	—	—
Гортань	—	—	—	—	—	—	—	—
Парша, трихофития	—	—	3	0,5	6	1,4	2	0,3
Чешуйчатый лишай	1	0.7	—	—	1	0.23	—	—
Расстройство питания	—	—	—	—	—	—	—	—
Малокровие	1	0,7	3	0,5	2	0.5	3	0,3
Нервные заболевания	3	2,1	6	1,0	6	1,4	5	0,8
Душевные болезни	—	—	2	0,32	1	0,23	1	0.16
Свищ прямой кишки	—	—	—	—	1	0,23	—	—
Болезни брюшных органов	—	—	—	—	1	0,23	—	—
Хронический ревматизм, подагра	--	—	2	0,32	—	—	—	—
Итого больных	66	46,4	193	31,7	190	43,4	197	31,5
Общее число осмотренных	142		608		438		628	

Общее число больных 1232 = 35,9% всех осмотренных.

Л И Ц А

ния 1903 г. по данным призывных комиссий 1925 г.

С. И. Ратнером)

Любаньский район 365 человек		Краснослободский район 336 человек		Гресский район 408 человек		Стародорожский район 507 чел.		Всего больных	% к общему числу всех признанных больными		% к общему числу всех осмотренных	
Чел.	В %	Чел.	В %	Чел.	В %	Чел.	В %					
32	8,8	36	10,7	40	9,8	81	15.9	415	33.6		12.9	
2	0,5	3	0,9	1	0,24	3	0,6	19	1,5	35,18	0.5	
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,08		0,03	
—	—	1	0,3	—	—	2	0,4	5	0,4		0,14	
6	1.6	5	1,5	10	2,4	31	6,1	136	11,3		3,96	
15	4,1	6	1,8	5	1,2	19	3,7	96	7,8	109 – 8,8	2,8	3,14
2	0.5	1	0,3	1	0,24	4	0,8	13	1,0		0,38	
8	2,2	10	2,9	14	3,4	22	4,3	101	8.2		2,9	
—	—	—	—	—	—	4	0,8	11	0,9.		0,32	
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,08	127—19,3	0,03	3,7
1	0,27	1	0,3	3	0,7	1	0.2	12	1,0		0,35	
—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,16		0,06	
—	—	—	—	—	—	1	0,2	4	0,3		0,11	
13	3,6	10	2,9	16	3.9	15	3.0	93	7,5		2,7	
6	1,6	3	0,9	9	2,2	6	1,2	46	3,7		1,34	
7	1,9	2	0,6	3	0,7	13	2,6	58	4.3		1,7	
4	1,1	—	—	—	—	1	0,2	12	0,98		0,35	
—	—	—	—	1	0.24	—	—	2	0,16		0,06	
—	—	—	—	—	—	1	0,2	1	0,08		0,03	
—	—	1	0,3	1	0,24	1	0,2	4	0,3		0,11	
5	1,4	12	3,6	19	4,6	5	1,0	64	6.2		1,86	
—	—	2	0,6	5	1,2	—	—	11	0,9		0,32	
—	—	1	0,3	2	0.5	—	—	4	0,3		0,11	
—	—	—	—	1	0,24	—	—	1	0,08		0,03	
—	—	—	—	—	—	1	0,2	2	0,16		0,06	
5	1,4	4	1,2	7	1,7	4	0,8	39	3.2		1,13	
—	—	1	0,3	—	—	—	—	1	0,08		0,03	
—	—	—	—	1	0,24	—	—	1	0,08		0,03	
4	1,1	—	—	1	0,24	2	0,4	18	1,5		0,52	
—	—	—	—	—	—	1	0,2	3	0,2		0,09	
—	—	—	—	—	—	1	0,2	1	0,08		0,03	
—	—	1	0,3	—	—	1	0,2	11	0,9		0,32	
3	0,9	2	0.6	2	0,5	7	1,4	34	2.7		0,99	
2	0,5	—	—	—	—	1	0,2	7	0,6		0,2	
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,08		0,03	
—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,08		0,03	
—	—	—	—	—	—	—	—	2	0,16		0,06	
115	31,5	102	30,3	142	34,8	228	45,0	1232				
365		336		408		507		3432				

Как видим, районы, страдающие меньше от туберкулеза, страдают больше ушами, что означает, что поскольку культурность этих районов способствует заражению туберкулеза, эта же культура является причиной меньшего числа ушных заболеваний.

к) На 10-м месте идут нервные заболевания—2,7 проц. всех больных или 1 проц. всех осмотренных. Если прибавить сюда душевных больных, то получим цифру в 3,3 проц. всех признанных больными.

По районам:

	Нервн.	Душевн.	
г. Слуцк . . .	2,1 проц.	—	проц. всех осмотренных
Старобинский район .	1,4 „	0,23 „	„
Стародорожский район .	1,4 „	0,2 „	„
Слуцкий район . .	1 „	0,32 „	„
Любаньский район .	0,9 „	0,5 „	„
Копыльский „ . .	0,8 „	0,16 „	„
Краснослободской район .	0,6 „	—	
Гресский район . .	0,5 „	—	

л) На 11-м месте кожные—парша, трихофития—1,5 проц. всех больных (вместе с чешуйчатым лишаем 1,7 проц. всех признанных больными) или 0,5 проц. всех осмотренных.

По районам распределяются так:

	Парша, стригучий лишай	Чешуйчат. лишай	Всех больных
Старобинский район . .	1,4 проц.	0,23 проц.	—
Любаньский район . .	1,1 „	—	—
Слуцкий район . . .	0,5 „	—	—
Стародорожский район .	0,4 „	0,2 „	—
Копыльский район . .	0,3 „	—	—
Гресский район . . .	0,24 „	—	—
г. Слуцк	—	0,7 „	—
Краснослободский район .	—	—	—

м) Об остальных заболеваниях можно получить представление по таблице, интересно отметить только в каких районах встречается зоб:

Слуцкий район	0,32 проц. всех осмотренных	
Стародорожский район . . .	0,2 „	„
Копыльский район . . .	0,16 „	„
Слуцк		
Старобинский район . . .		
Любаньский „ . . .	нет	
Краснослободский район . .		
Гресский район		

О заболеваниях венерическими болезнями мы по данным призывных комиссийй судить не можем, так как эти заболевания не являются основанием для браковки и, следовательно, не дали соответствующих материалов.

Резюмируя, мы можем сделать следующие выводы:

1. Материал за 1 год, конечно, не может служить основанием для обобщения вообще, но все же мы видим, что среди всего молодого мужского населения призывного возраста рождения 1903 года, самое почетное место занимает туберкулез: 10,5—12,9 проц. всех осмотренных или 28,4 проц.—35,9 проц. всех признанных больными

2-е место—сердце 3,96 проц. всех осмотренных или 11,03 проц. всех признанных больными.

3-е место—хирургические заболевания, преимущественно заболевания конечностей—3,7 проц. всех осмотренных или 10,3 проц. всех признанных больными.

4-е место—заболевания глаз—3,14 проц. всех осмотренных или 8,8 проц. всех признанных больными. Трахомных заболеваний—0,4 проц. всех осмотренных или 1 проц. всех признанных больными.

5-е место—грыжи—2,97 проц. всех осмотренных или 7,5 проц. всех признанных.

6-е место—физическое недоразвитие—1,9 проц. всех осмотренных или 5,2 проц. всех признанных больными.

7-е место—резко выраженное узловатое расширение вен—1,7 проц. всех осмотренных или 4,3 проц. всех признанных больными.

8-е место—плоская стопа—1,3 проц. всех осмотренных, 3,7 проц. всех признанных больными.

9-е место—болезни уха—1,1 проц. всех осмотренных, 3,2 проц. всех признанных больными.

10-е место—нервные и душевные заболевания 1 проц. всех осмотренных или 2,7 проц. всех признанных больными.

11-е место—парша и стригущий лишай—0,5 проц. всех осмотренных или 1,5 проц. всех признанных больными.

Рано еще делать большие широкие выводы на основании данного материала.

Для того, чтобы мы имели правильное представление о состоянии здоровья мужской половины населения, мне кажется целесообразным из года в год повторять разработку материалов, призывных комиссий, при чем одновременно по всем округам Белоруссии. Работу эту должны вести Тубдиспансеры, как органы могущие это провести и наиболее заинтересованные в этом по сущности своей деятельности

Пошасьць дзіцячага паралюша на Беларусі.

З клінікі нэрвовых хвароб Беларускага Дзяржаўнага Унівэрсытэту. (Дырэктар: праф. М. В. Кроль).

Асыстэнт клінікі **доктар М. В. Хазанаў.**

Дзіцячы паралюш, бязумоўна, існаваў і ў ранейшыя вякі, але хвароба рысавалася не як самастойная зьявішча. Як акрэсьлены, нозолёгічны малюнак, яна ў першы раз была апісана ў 1840 г. Heine з Stutgart'у. З таго часу дзіцячы паралюш учыняе спусташаючы паход па многіх краёх Эўропы, Амэрыкі і Аўстраліі, пакідаючы па сябе смутную памяць у вобразе вялізарнай колькасьці інвалідаў і на ўсё жыцьцё пакалечаных людзей. Яшчэ ў 1884 г. Strümpell і Pierre Marie, мяркуючы па ліхарадачнаму пачатку гэтае хваробы і адначасоваму зьяўленьню масавых выпадкаў, выказалі думку аб заразьлівым характару поліоміэліту.

Пошасьці дзіцячага паралюша, якія назіраліся з 1887 г., цалком пацьвердзілі гэтую думку. Першая пошасьць, якая была ў Нарвэгіі, у ваколіцах Стакгольму ў 1887 г. (44 выпадкі) і наступная ў 1895 г. (21 вып.) былі дакладна вывучаны і апісаны Medin'ам. Наступныя Скандынаўскія пошасьці ў 1899 г. (54 вып.) і ў 1903 г. (154 вып.) і так званая першая вялікая пошасьць у Швэцыі ў 1905 г. (1.025 вып.) апісаны Вікманам.

У 1906 г. адзначаецца невялікая пошасьць у Голяндыі (Starcke) і асобныя пошасьці наглядаюцца таксама ў Аўстраліі (48 выпадкаў).

У 1907 годзе дзіцячы паралюш, які ўжо з 1894 г. назіраўся ў Амэрыцы, набывае пошасны характар у штатах Маса-Чусэт і Нью-Ёрк (2.734 вып.). У 1908—1909 г. г. адзначаецца значная пошасьць у Аўстрыі (798 вып.) (Zappert, Stiefer, Löcker), у аднэй Вене 289 выпадкаў, у Нямеччыне 2.406, пераважна ў Рурскай краіне, Вэстфаліі і Прырэйнскіх провінцыях (Müller, Förster, Nonne, Krause). Ва Францыі, у Парыжы і ваколіцах, каля 100 выпадкаў (Netter).

У 1910 годзе зноў зьяўляецца пошасьць і ў Амерыцы і дае 8-9 тысяч выпадкаў (Lovett), у Англіі 156 выпадкаў, у Швайцарыі 37 выпадкаў. У 1911—1912 гадох хваля пошасьці зноў захоплівае Швэцыю (2-ая вялікая пошасьць) і Нарвэгію—усяго 12.225 выпадкаў (Wernstedt), узмацняецца ў Вялікабрытаніі, дае 2.226 вападкаў (Reece, Batton), у Голяндыі 163 выпадкі (Schippers, Lange), у Нямеччыне 590 выпадкаў (Zust, Jamin), у Аўстра-Вэнгрыі 448 выпадкаў (v. Bokay, Stiefer) і зьяўляецца ў 1911 г. ў Італіі 30 выпадкаў (Cenni) і ў Польшчы, у Варшаве і яе ваколіцах 152 выпадкі (de-Biehler).

У працягу 1914—1917 г. г. пошасьць Heine Medin'авай хваробы распаўсюджваецца шырока па Амэрыцы, дасягнуўшы 27.275 выпадкаў (Lovett). У Швайцарыі адзначаецца 121 выпадак (Androussieur),

а ў Англіі і Швэцыі пошасьць зьмяншаецца; у Англіі зарэгістравана 1.101 выпадак (Batten), а ў Швэцыі 736 выпадкаў (Wernstedt).

У 1922 г. у Швэцыі назіраецца 112 выпадкаў, у Фінляндыі 31 вып., у Швайцарыі 65, у Даніі 60 і заўважваецца зноў падняцьце пошасьці, у Англіі 354, а ў Нямеччыне 591 выпадак, з якіх у ваколіцах Маргбурга 100 выпадкаў (Ed. Müller).

У 1923 годзе ў Амэрыцы адзначаецца 3.245 выпадкаў, а ў 1924 г. пошасьць у 25 выпадкаў у Frankfurt a. M., а па ўсёй Нямеччыне 498 выпадкаў.

Аб пошасьцях дзіцячага паралюша ў Расіі няма аніякіх вестак. На Беларусі гэтая хвароба пошаснага характару дагэтуль ня мела; назіраліся толькі спорадычныя выпадкі. Па ведамасьцях нэрвовай і дзіцячай клінік БДУ за ўвесь 1924 год зарэгістравана 13 выпадкаў вострага поліоміэліту з розных месц Беларусі, ня лічачы 19 выпадкаў з астачамі пасьля перанесенага поліоміэліту ў працягу папярэдніх гадоў.

У працягу чэрвеня—верасьня месяцаў 1925 г. ў нашай Рэспубліцы прыходзіцца адзначыць пошаснае распаўсюджваньне дзіцячага паралюша. З студзеня па чэрвень 1925 г. трапіла ў амбуляторыю нэрвовай клінікі ўсяго 3 выпадкі, ліпні—10, у жніўні—9, а ў наступныя месяцы—15; трапляліся таксама асобныя выпадкі ў дзіцячую клініку БДУ. Наплыў вялікае колькасьці хворых з аднэй мясцовасьці і занядужаньне ў адным доме двох дзяцей, праз кароткі працяг часу прымусіла нас падумаць аб якім-небудзь мясцовым вогнішчы пошасьці.

Па прапанове прафэсара М. Б. Кроля і пры дапамозе Акр. Аддз. Ахоўздароўя мы пачалі абсьледаваньне Заслаўскага і Койданаўскага раёнаў Менскае акругі, адкуль паступіла большасьць хворых.

Раней чымся перайсьці да рэзультатаў нашага абсьледаваньня, спынімся каротка на пытаньнях перадачы і распаўсюджваньня пошаснага дзіцячага паралюша.

Ужо ў 1888 г. Cordier, апісваючы пошасьць з 13 выпадкаў вострага поліоміэліту, паказываў на беспасярэднюю перадачу гэтае хваробы ад аднаго хворага да другога. Medin не згаджаўся з гэтым паглядам, лічачы, што вірус трымаецца ў глебе. Гэтага пагляду прытрымліваюцца Wenneberg, Lust, Rosenberg, Richardson, якія думаюць, што вірус з глебы разам з пылам прыліпаець да ўсялякіх прадуктаў і прадметаў, а праз іх трапляе ў організм чалавека, або перадаецца яму пры дапамозе вады, малака, пераносіцца кузуркамі (мухамі, вашыма, клапамі), хатнімі птушкамі (курамі і інш.), свойскімі жывёламі (коньмі, сабакамі).

Досьледы, зробленыя Kling'ам і Levaditi над вадой з заражаных мясцовасьцяй, не пацьвердзілі гэтага пагляду. Адмоўныя рэзультаты атрымалі Kling, Sawyer, Hermes і Levaditi пры досьледах над кузуркамі, хатнімі птушкамі, свойскімі жывёламі і трусамі.

Нашыя досьледы з прышчэпкай сьпінна-мазгавое вадкасьці ад хворага поліоміэлітам трусу, таксама не далі ніякага эфэкту.

Leegard, а асабліва Wickman і Ed. Müller, на падставе эпідэміолёгічных дасьледаваньняў давялі контагіозны характар гэтае хваробы, як шляхам беспасярэдняй перадачы ад аднаго хворага другому, так і шляхам перадачы праз здаровых, якія знаходзіліся блізка да хворых і зрабіліся носьбітамі віруса.

Распаўсюджваньне ідзе, мабыць, праз сьліну і сьлізь носаглоткі. Ужо ў 1910 годзе Flexner і Lewis адчынілі прысутнасьць віруса поліоміэліту ў носаглотцы хворых малп. Досьледы Nattal'я паказалі, што малпы старага сьвету заражаюцца і хварэюць на поліоміэліт.

У 1913 годзе Flexner, Clark і Fraser выявілі вірус у насаглотцы здаровых бацькоў хворага дзіцяці. Сьлізь, змытая з насаглоткі

і ўпрыснутая малпам, заразіла іх, што давялі Flexner, Kling, Pettersоn і Wernstedt, якія ў спробах атрымалі зьявішча тыповага клінічнага і паталёга-анатамічнага поліоміэліту.

Тое самае атрымалі Taylor і Edward 1918 г. Thro і Neustädter выявілі вірус поліоміэліту ў пылу пакоя, у якім знаходзіліся хворыя. Перадача і распаўсюджваньне ідзе, мабыць, цераз нос або рот, шляхам расьсейваньня (Tröpfcheninfection).

Распаўсюджаньне хваробы праз здаровых у час пошасьці мае вялікае значэньне. Можна лічыць таксама, што прадметы, запэцканыя носаглотачнымі і часткова, кішковымі выдзяленьнямі, перадаюць заразу, як гэта апісана ў адным выпадку Wickmanам.

Зьбежнасьць зьяўленьня хваробы ў кур і свойскіх жывёл з пошасьцямі поліоміэліту адзначаецца ўсімі досьледамі. Wernstedt дапушчае магчымасьць перадачы віруса хатнімі птушкамі і жывёламі чалавеку, апіраючыся на досьледы Marks'а; апошні паказаў, што ўпырсківаньне крыві трусоў, не хварэўшых поліоміэлітам, толькі інокуліраваных вірусам, выклікае ў малп поліоміэліт.

Досьледы Amoss'а паказалі, што вірус можа доўгі час захоўвацца ў мазгох вопытнага труса, які не хварэе. Магчыма, што хатнія птушкі і жывёлы, хоць самі і ня хворыя, дапамагаюць разьвіцьцю пошасьці сярод дзяцей. Асобныя выпадкі апісаны Ed. Müller'ам. Самая прырода мікроба поліоміэліту па працах Levaditi, Lust'а і Flexner'а больш-менш вывучана. Вірус належыць да групы так званых „эктодэрмозаў" як па сваіх уласьцівасьцях (трываласьць да холаду, захаваньне ў гліцарыне), так і па свайму нахілу выбіраць тканку эктодэрмальнага паходжэньня, падобна да віруса летаргічнага энцэфаліту, воспы і шалу. Што да самога мікробу, то мы ня маем магчымасьці даць дакладны адказ; гэтае пытаньне вымагае яшчэ далейшага вывучэньня.

Імкненьні прыпісваць гэтую хваробу стрэптококкам не апраўдаліся; спробы, зробленыя ў Рокфэлераўскім Інстытуце Caroll, G. Bull гэтага не пацьвярдзілі. Стрэптакоккі, узятыя з паверхні мігдаліц ад хворых поліоміэлітам, або з галаўных і сьпінных мазгоў асоб, памерших ад гэтае хваробы, не заразілі вопытных жывёл і ў тым ліку малп.

Сыроватка Rosenaw'а, зробленая іммунізацыяй стрэптококкамі крыві хворых поліоміэлітам, не захоўвала ў спробах Amos'а й Ebenson'а малп ад заражэньня вірусам поліоміэліту. Магчыма, што т. з. „qloboid bodies", якія апісаны Flexner'ам і Noguchi, зьяўляюцца мікробамі поліоміэліту, што пацьвярджаецца таксама спробамі Amos'а і Wilson G. Smillie.

Пры абсьледаваньні мы, побач з высьвятленьнем памераў распаўсюджаньня поліоміэліту па Беларусі, наставілі сабе мэтай высьвятленьне самага спосабу распаўсюджаньня пошасьці. Заслаўскі раён мяжуе беспасрэдна з Менскам, пачынаецца ў 6-7 в. ад яго і ляжыць разам з Койданаўскім раёнам, усьцяж беларуска-польскае дзяржаўнае граніцы. Заслаўскі раён ахоплівае 608 кв. клм. Перасякаецца ракой Сьвіслач, б. Л.-Р. чыгункай і так званым Віленскім трактам, які ідзе амаль што роўналежна чыгунцы. Мясцовасьць пераважна ўзгорная, сухая, толькі месцамі можна сустрэць невялічкія балоты. Глеба суглiністая, лясы ёсьць у абмежаванай колькасьці, нявыгодных зямель мала. Насяленьне займаецца земляробствам, а ў пагранічнай паласе мабыць і контрабандай. Па шчыльнасьці насельніцтва Заслаўскі раён лічыцца адным з найбольш густа насялёных: 51 чал. на 1 кв. клм. Вёскі ляжаць блізка адна ад другой, на адлегласьці 2—4 вёрст.

Усяго ў Заслаўскім раёне 12 сельсаветаў, 414 насялёных пунктаў з 5.398 гаспадаркамі і 31.004 жыхарамі.

Насельніцтва жыве досыць антысанітарна. Падлогі ў большасьці дамоў бітыя (з гліны), столі нізкія, вокны малыя. У вадным пакоі жывуць вялікія сем'і да 10 і больш чалавек. У хатах шмат розных кузурак (блохі, вошы, тараканы). Лазьняў амаль што зусім няма. Сьпяць усе члены сям'і разам на палацях і на печцы; зрэдка можна ўбачыць драўляны ложак. Ува многіх мясцох жывёлы зьмяшчаюцца ў сенях. Кватэры ўтрымліваюцца брудна. Вопратка і бялізна жыхароў, за малым выняткам, рэдка мыюцца. Насельніцтва даволі заможнае. Колькасьць безьзямельных гаспадарак меншая, чым у іншых раёнах. Пісьменных 35—40%. Ня маючых жывёлы 0,001—0,01; колькасьць жывёлы, коняй і кароў у сярэднім—адна галава на душу. Колькасьць інвэнтару большая, чымся ў іншых раёнах.

У многіх мясцох Заслаўскага раёну ўлетку і ў пачатку восені назіраліся, як казаў мясцовы вэтэрынар, пошасьці халеры курэй і чумы сьвіней.

Сярод дзяцей Заслаўскага раёну вучастковымі дактарамі адзначана пошасьць страўнічна-кішэчнага катару, але ў меншай ступені, чымся ў 1924 г. Найбольш пашырана была гэтая хвароба і паморак на жывёлу ў в. Агарках, Нядрэзках і мяжуючых з імі.

Пры абсьледаваньні ўдалося выявіць 33 выпадкаў поліоміэліту ў 22 насялёных пунктах Заслаўскага раёну.

№№	НАЗВА ВЁСКІ	Колькасьць выпадкаў		Усяго выпадкаў	У. ага
		Хл.	Дз.		
1	Сукавічы [1]) Банькаўшчына [2])	—	1	1	
2	Нова-Саяўшчына	1	—	1	
3	Боўбле	2	—	2	
4	Нядрэзкі	1	1	2	
5	Агаркі	4	4	8	
6	Рамоўская слабада	—	1	1	
7	Рогава	—	1	1	
8	Ермакі	1	—	1	
9	Векшыцы	—	1	1	
10	Медкава	1	—	1	
11	Кіршы	—	1	2	З іх памерла—2
12	Крыжаўка	1	1	1	
13	Ляхі	—	1	1	
14	Траскаўшчына	—	1	1	
15	Зьвенячы	—	1	1	
16	Селяшча	—	1	1	
17	Дулічы	—	1	1	
18	Дубенцаў	—	1	1	
19	Чачкава	—	1	1	
20	Голаўкі	—	1	1	
21	Зацель	1	—	1	
22	Складавічы	1	1	2	
	Усяго	13	20	33	

Усе гэтыя вёскі ляжаць адна ад другой і ад раённага цэнтру ў наступных адлегласьцях.

[1]) Глядзі вынікі Адм. Дзял. Бел. 1925 г.

[2]) Дзяўчынка К. захварэла ў хутары Ермаўшчыне каля Сукавічаў, дзе гасьцявала а бацькі яе жывуць у Банькаўшчыне.

№№	НАЗВА ВЁСКІ	АДЛЕГЛАСЬЦЬ			Колькасьць дзядзінцаў
		Ад Заслаўля	Ад граніцы	Аднае вёскі да другой	
1.	Сукавічы (хут.) Ермаўшчына	8 в.	4 в.	—	1
2.	Нова-Саяўшчына . .	5	6	2 в.	1
3.	Боўбле	5 з пал.	6	½ „	14
4.	Нядрэзкі	9	6	3 з пал.	25
5.	Агаркі.	14	8	2	35
6.	Рамоўская слабада . .	13	6	6	6
7.	Рогава	15	7	1	8
8.	Ермакі	15	5	2	12
9.	Векшыцы.	7	1	3	30
10.	Медкава	5	50 крокаў	3	16
11.	Кіршы (хутар) . . .	2	4	3	1
12.	Крыжаўка	3	7	5	2
13.	Банькаўшчына . . .	5	12	2	13
14.	Ляхі	9	1	8	10
15.	Траскаўшчына . . .	10	1	1	10
16.	Зьвенячы	11	2	1	20
17.	Селяшча	13	6	6	3
18.	Дулічы	13	5	2	15
19.	Дубенцаў	12	4	1	10
20.	Чачкава	11	5	1	1
21.	Голаўка (хутар) . . .	14	4	2	1

Мы можам распаўсюджаньне пошасьці падзяліць на тры гнязды: першае навокал Агаркаў, другое навокал Сукавічаў і апошняе групуецца навокал Зьвенічаў.

Найбольшы лік выпадкаў назіраўся ў вёсцы Агаркі і сумежных з ёй малых вёсках. Хронолёгічна ўсе гэтыя выпадкі разьмяркоўваюцца гэтак:

№№	НАЗВА ВЁСКІ	Імя і прозьвішча хворых	Калі захварэлі	Увага
1.	Сукавічы	Леокадыя К.	1/VI	
2.	Агаркі	Анна А. К.	27/VI	
3.	Агаркі	Ф. А. К.	29/VI	Памёр
4.	Агаркі	П. А.	30/VI	Памёр
5.	Зьвенячы	Еўгенія М.	1/VII	
6.	Траскаўшчына	М. Х.	5/VII	
7.	Ракаўская сл.	Ніна Л.	6/VII	
8.	Ляхі	Надзея С.	8/VII	
9.	Селяшча	Леокадыя М.	13/VII	
10.	Чачкава	Р. А.	20/VII	
11.	Дулічы	Т. Х.	23/VII	
12.	Дубенцаў	Леокадыя А.	30/VII	
13.	Нова-Саяўшчына	Влад. Г.	3/VII	
14.	Агаркі	Марыя В. А.	12/VII	
15.	Агаркі	Марыя П. А.	14/VII	
16.	Вёкшыцы	Вера Б.	15/VII	
17.	Нядрэскі	Сеня П.	22/VII	
18.	Нядрэскі	А. Г.	25/VII	
19.	Агаркі	Ал-др К.	25/VII	
20.	Рогава	Зіна К-ч.	27/VII	
21.	Боўбле	Софія Х.	30/VII	
22.	Кіршы	Анна Д.	31/VII	
23.	Крыжаўка	Вал. А.	1/VIII	
24.	Медкава	Эд. Л.	6/VIII	
25.	Боўбле	Влад. Х.	8/VIII	
26.	Крыжаўка	Ольга Д.	8/VIII	
27.	Агаркі	Вас. А.	13/VIII	
28.	Агаркі	Ольга А.	16/VIII	
29.	Ермакі	Вас. В.	19/VIII	
30.	Голаўка	Кат. К.	5/XII	
31.	Зарцель	Ул. Г.	25/VII	
32.	Складавачы	І. С. і А.	5/VIII, 10/VIII	

Першы выпадак хваробы быў у пачатку чэрвеня 1925 г. Разьвіцьцё пошасьці ў Заслаўскім раёне прыпадае на ліпень і часткова на жнівень. Пры асабістым абсьледаваньні ўдалося ўстанавіць, што пошасьць разьвівалася: 1) шляхам беспасрэднай сувязі паміж адным выпадкам хваробы і другім і 2) шляхам перадачы праз здаровых.

Разьвіцьцю пошасьці дапамагала вялікая шчыльнасьць насельніцтва ў гэтых частках Заслаўскага раёну і вялікае перасоўваньне насельніцтва гэтых вёсак.

Трэба адзначыць, што больш хварэлі дзеці тых сялян, якія надта заняты перасоўваньнем з месца на месца; у адным выпадку дзіця паштальёна, у другім дзіця сябра сельс., у трэцім дзеці лясьнікоў, або служачых пагранічнай варты. Цікава, што бацькі хворых добра знаёмы паміж сабой, бываюць адны ў другіх і падтрымліваюць сувязь як да хваробы дзяцей, так і ў часе хваробы. Некаторыя з іх зьяўляюцца яшчэ і крэўнымі паміж сабой.

Трэба яшчэ адзначыць, што ў мясцовасьцях, дзе былі выпадкі поліоміэліта ня было ніякіх іншых інфекц. хваробаў паміж дзяцей.

Выпадкі беспасрэдняй перадачы мелі месца як у галоўным вогнішчы пошасьці—у Агарках, так і ў Нядрэзках, Крыжаўцы і Боўблі. У Агарках усе хворыя дзеці знаходзяцца ў блізкім сваяцтве паміж сабой, дамы іхных бацькоў стаяць блізка адзін ля другога, некаторыя побач, другія праз 3-4 дамы, альбо праз вуліцу. Дзеці бегалі, гулялі разам, бывалі адны ў другіх як перад, так і ў час хваробы і ў выніку паступова захварэла 8 дзяцей. Да беспасярэдна захварэўшых належыць і Зіна К. з Рогава, якая зьяўляецца стрыечнай сястрой аднэй з захварэўшых; яна знаходзілася ў свайго дзядзькі, дзе гуляла з захварэўшымі, а праз тры дні сама захварэла. Тое самае назіралася і ў Надрэзках, дзе за кароткі час захварэла 2 дзяцей, якія жылі ў блізкім суседзтве і гулялі разам, у Крыжаўцы пасьлядоўна захварэла таксама 2 дзяцей. якія мелі паміж сабой увесь час сувязь. У Боўблі, у вадной сям'і пасьлядоўна захварэла 2 дзяцей поліоміэлітам. Як відаць, 15 выпадкаў з 33 перадаваліся беспасрэдна, а ў 18 выпадках удалося ўстанавіць перадачы праз здаровых. Першы зарэгістраваны намі выпадак—Л. К. захварэла ў Ермаўшчыні каля Сукавічаў, дзе яна была з сваімі бацькамі. Пасьля вярнулася дамоў у Банькаўшчыну. У сярэдзіне ліпня бацькі хворай былі ў Агарках у ваднаго з А—к, таксама ў Г. з Нова-Саяўшчыны, які служыў паштальёнам і бываў у Зьвенічах. Паміж Зьвенічамі і Банькаўшчынай была таксама сувязь. Бацькі адных захварэўшых хадзілі і да іншых. Вёска Агаркі зьяўлялася асяродкам распаўсюджаньня пошасьці. У гэтую вёску прыяжджалі і з іншых вёсак і адтуль езьдзілі ў блізкія і далёкія вёскі.

Х. у Боўблі служыў лясьніком і яму прыходзілася часта бываць у Агарках і начаваць у свайго крэўнага, у якога хварэлі дзеці. Калі лясьнік вярнуўся дамоў, праз некалькі дзён захварэла адно дзіцянё, а пасьля другое.

Г. з Нова-Саяўшчыні часта бываў у Б. з Вёкшыцы. Бывалі ў Б. бацькі іншых ужо захварэўшых дзяцей з розных вёсак, 15-VIII захварэла яго дзіця поліоміэлітам.

П. з Нядрэзак наведалі знаёмыя з Агарак і ў хуткім часе захварэла дачка іх Ксеня. Бывалі бацькі з ёй разам у тую пару ў сваіх крэўных Б. з Вёкшыцы, калі ў тых было ўжо хворае дзіцё.

Вас. В з Ермакоў у адлегласьці 2-х вёрст ад Агаркаў часта бегаў туды ў той час, калі там пашыралася хвароба і 19-VIII ён сам захварэў.

У вёску Зьвенічы, як у васяродак Траскаўшчынскага сельсавету, прыяжджалі да Яўгені М. крэўныя Х. з Траскаўшчыны разам з дзяцьмі, а з вёскі Ляхі гр. С. і пасьлядоўна хварэюць дзеці з вёскі Траскаўшчыны і Ляхі.

Таксама была сувязь паміж вып. у Селяшчы, Дулічы, Дубенцаў і Чачкове.

Д. з Кіршы нярэдка хадзіў на заробкі ў бліжэйшыя вёскі, начаваў у хатах, дзе былі хворыя, і 30-VII захварэла яго дзіця.

Д. жыве ля самай дарогі і сяляне бліжэйшых вёсак затрымоўваліся ў яго. У час хваробы дзіцяці Д., у маткі яго жонкі гасьцявалі крэўныя з Меткава, якія пасьля бывалі ў Л. Апошні жыў ля самай граніцы, меў зносіны з жыхарамі Агаркі і 6-VIII захварэла і яго дзіця поліоміэлітам.

Да лясьніка А., які жыве ля самага тракту, заяжджалі і начавалі знаёмыя з вёскі Агаркі, Зьвенячы і інш. А апрача гэтага ён часта хадзіў у Банькаўшчыну і ў канцы чэрвеня прыяжджае іх сын, які знаходзіўся доўгі час у Векшыцах і 1-VIII захварэў другі сын Вал. Адкуль быў занесены поліоміэліт у Сукавічы, ня ўдалося вытлумачыць. Зьяўляецца думка аб магчымасьці замёту гэтае хваробы з Захаду (як мы бачым, пошасьць поліоміэліту зноў пачынае там пашырацца), дзеля таго што ўсе выпадкі ў Заслаўскім раёне назіраліся ў мясцовасьцях, блізкіх ад граніц і ідуць усьцяж яе на адлегласьці ад 50 крокаў да 2—6 вёрст, а выпадкі мелі месца больш усяго ў сем'ях асоб, якія займаліся, або цяпер займаюцца контрабандай, у асоб маючых сувязь з пагранічнай службай, у асоб, якія „ідуць заграніцу", як кажа мясцовае насельніцтва. Разумеецца, мы ня можам сказаць з пэўнасьцю, што замёт поліоміэліту з Захаду, але цэлы шэраг момантаў прымушае нас аб гэтым падумаць.

У другім раёне, у Койданаўскім, колькасьць выпадкаў невялікая. Гэты раён заселены ўжо менш густа ад Заслаўскага. Ён налічвае 426 насялёных пунктаў з 7.441 гаспадаркай і 44.781 жыхаром; займае вялікшы абшар; на 1 сельсавет 82 насялён. пункты, а ў Заслаўскім—37, 3. Койданаўскі раён лепш абслугоўваецца чыгункай ад Заслаўскага, дзе жыхары больш перасоўваюцца па грунтавых трактах. У Койданаўскім раёне, дзе насельніцтва менш займаецца контрабандай, а больш зарабляе на мытні, няма такой цеснай сувязі паміж вёскамі, як у Заслаўскім раёне.

Вострыя выпадкі поліоміэліту назіраліся ў наступных пунктах:

№№	Назва пунктаў	Адлегласьць у вёрстах				Калі захварэлі
		Ад Койданава	Ад граніцы	Ад аднэй вёскі да другой	Колькасьць выпадкаў	
1	Дзягільна . . .	3	6	—	2	21-VII
2	Гаеўка	2	15	6 з пал.	1	29-VII
3	Забалоцьце . . .	—	—	6	1	5-VIII
4	Койданава . . .	—	—	—	1	18-VIII
5	Сыраваткі . . .	—	1	—	1	у канцы чэрвеня
6	Негарэлае . . .	—	1	2	2	10-VII
7	Негарэлае (саўхоз) .	—	1	1	1	15-VII
						12-VII

У Дзягільні было 2 выпадкі ў аднэй сям'і К.; на вёсцы назіралася тады значная колькасьць энтэроколітаў сярод дзяцей. Нядоўга да хваробы бацькі захварэўшых дзяцей езьдзілі ў Негарэлае да гр. М. Г., у якога тады былі хворыя дзеці.

У вёсцы Гаёўцы быў адзін выпадак у гр. П. Бацькі кажуць, што на вёсцы ня было дзіцячых хвароб; зносін з хворымі таксама ня мелі і толькі бацька хадзіў у іншыя вёскі на заробкі. У Койданаве 18-VIII захварэла 2-гадовая дзяўчынка яўрэя, які займаўся вырабам аўчынак. Яшчэ раней ён пабываў у вёсцы Гаёўцы ў гр. П., былі ў яго таксама і гр. К. і Л. з Дзягільні. Дзеці забаўляліся аўчынкамі. Трэба адзначыць, што варункі жыцьця ўсіх захварэўшых досыць антысанітарныя: паўсюды брудна, падлогі бітыя, столі нізкія.

У іншых раёнах Менскае акругі выпадкаў поліоміэліту назіралася менш. Асабліва кідаецца ў вочы тое, што выпадкі гэтае пошасьці назіраліся выключна ў раёнах, якія ляжаць бліжэй да пагранічных раёнаў і там, дзе большая шчыльнасьць насельніцтва і большы рух.

Цікава адзначыць, што выпадкі поліоміэліту назіраліся ў раёнах мала забалочаных; гэта мае сувязь якраз з большым рухам людзей, што бывае ў сухіх мясцовасьцях:

№ №	НАЗВЫ Раёну	Пункту	Колькасьць выпадкаў.	Калі захварэлі
1	Астрашыцкі Гарадок	Забалоцьце	2	25/VII 3/VIII
2		Дубаўляны	1	10/VIII
3		Узбордзьдзе . . .	1	26/VII
4		Хмарынская. . . .	1	13/VI
5		Зуеўка	2	25/VII 29/VII
6	Лагойск	хутар	2	29/VII 15/VIII
7	Самахвалавічы	Крычнікі.	2	30/VII 8/VIII-25 г.
8	"	Дварэцкая слабада . .	1	10/I-1926 г.
9	Смалявічы	м-ка	1	15/VII-1925 г.
10	Сьмілавічы	Лагойская слабада . .	1	24/XII
11	"	Пеажыр	2	7/I 15/I-26 г.

Некаторыя з гэтых выпадкаў мелі сувязь з заслаўскімі выпадкамі. Бацькі захварэўшага з вёскі Дубаўляны мелі сувязь з вёскай Забалацьце, куды хадзілі разам з дзяцьмі; бацька хворага П. з Забалацьця бываў у мясцовасьцях Заслаўскага раёну, дзе ўжо зьявіўся поліоміэліт.

Гр. М. з в. Смалявічы меў справу з гр. Е. тэлеграфным дазорцаю па лініі Смалявічы-Негарэлае; у апошняга дзіця захварэла ў канцы чэрвеня поліоміэлітам.

Выпадкі Лагойскага раёну належыць паставіць у сувязь з Заслаўскімі выпадкамі. Мелася таксама сувязь паміж вёскай Крычнікі і койданаўскімі выпадкамі. У Самахвалаўскім раёне назіралася, паміж іншым, у 1924 г. 2 выпадкі поліоміэліту ў вёсцы.

У Менску ўсяго выпадкаў вострага поліоміэліту адзначана ў працягу 1925 году—9, а ўжо ў 1926 г.—3 выпадкі.

№№	Адрас і прозьвішча хворых		Калі захварэлі	Хл.	Дз.
1	Сьвярдлоўская вул.	Ш.	26/IV	1	
2	Савецкая „	Д.	30/IV	—	1
3	Разынская „	Е.	23/II	1	1
4	Грушэўская „	Б. Ф.	25/VII		1
5	Нова-Маскоўская „	Б. М.	25/VII		1
6	„ „	Б. Т.	28/VII		1
7	Кальварыйская „	С. Б-ч.	26/VII		1
8	Кладбішчанская „	М.	5/VIII		1
9	Савецкая „	М. С.	9/VIII	1	—
10	Вакольная „	Н. С.	12/I 26г.		1
11	Тарасаўская „	А. Ч.	15/III „		1
12	Кірілаўская „	Т. Л.	31/VII „		1

Сярод гэтых 12 выпадкаў 2—было ў аднэй сям'і Б. Сувязі паміж менскімі выпадкамі не ўдалося ўстанавіць, а паміж некаторымі з іх і выпадкамі пошасных раёнаў ёсьць сувязь.

Бацька дзіцяці Б. Ф. фурман, езьдзіў да сваіх крэўных у Заслаўскі раён, дзе таксама была маці гэтага хворага дзіцяці, якая нават нейкі час жыла ў мясцох, дзе былі выпадкі дзіцячага паралюша і праз некалькі дзён, пасьля таго, як яны вярнуліся дамоў,—захварэў Б. Ф.

Да бацькоў дзяцей М. і Т. Б. за 3—5 дзён перад хваробай прыяжджаюць крэўныя з Польшчы, якія перайшлі граніцу і начавалі ў вёсках Заходняй Беларусі і Заслаўскага раёну.

Бацькі Б-ч у ліпні прыехалі з Паваложжа з намерам пераехаць у Польшчу, але з граніцы прышлося ім вярнуцца ў Менск і 26-VII захварэла ў іх дзіця поліоміэлітам. Вышэйпамянёны гр. Е., даглядач тэлеграфных слупоў па лініі Смалявічы-Негарэлае, абходзіў часта свой раён, даходзячы да самай граніцы і праз 3—5 дзён, пасьля таго, як гр. Е. вярнуўся дамоў, захварэў яго сын.

Гр. М. езьдзіла з дзіцем у Астрашыцка-Гарадзецкі раён, дзе жыла нейкі час у сваёй маці; апошняя хадзіла ў вёску, дзе былі выпадкі поліоміэліту і, калі яна вярнулася дамоў, цераз тыдзень захварэла дзіця гр. М. Бацька Д. знаходзіўся ў сакавіку-красавіку месяцы ў Заслаўскім раёне (вёска Бараздыня) і зрэдка прыяжджаў у места, і 30-IV захварэла яго дзіця. Аднак, гэты выпадак, мы, бадай, ня можам злучыць з выпадкам Заслаўскага раёну, хоць, па словах вучастковага доктара, у пагранічным раёне, асабліва ў Агарках і бліжэйшых пунктах, ужо у 1924 годзе назіраліся выпадкі поліоміэліту. Выпадак 10 адзначаецца ўжо ў 1926 годзе ў сям'і аднаго вайсковага, які жыў у інтэрнаце, куды прыяжджалі вайсковыя з Койданаўскага раёну. Каб злучыць гэты выпадак з койданаўскім, мы ня маем дакладных даных. У іншых акругах Беларусі выпадкаў вострага поліоміэліту было значна

менш, чымся ў Менскай акрузе і яны разьмяркоўваюцца наступным чынам:

№№	Месца зьяўленьня хваробы акруга	мясцоў.	Дата зьяўленьня хваробы	Колькасьць выпадкаў
1	Слуцак	м. Слуцак	20/VII, 27/VII 1925 г.	
	„	„	30/IX, 10/X „	4
	„	в. Рулева	12/VII „	1
	„	„ Жацкава	7/VII „	1
2	Барысаў	Нова-Барысаў	18/II „	1
	„	в. Міхеевічы	25/VII „	1
	„	в. Убалочча	20/VI „	1
	„ . . .	саўхоз ім. К. Лібк.	6/VIII „	1
	„	в. Ратен	20/VII „	1
3	Бабруйск	м-ка Сьвіслач	5/VII, 18/VII „	2
	„	м-ка Бабруйск	27/VII, 5/VIII „	2
	„	в. Шчырычч	5/VIII „	1
	„	в. Мармаль	23/VIII „	1
	„	р. Жлобон	10/VIII, 15/VIII „	2
4	Калінінск	м-ка Рысна	3/VII „	1
	„	в. Бяседавічы	31/VII „	1
	„	в Мунсіно	23/VII „	1
	„	в. Клімавічы	19/VII „	1
5	Ворша	в. Сальнікі	18/II „	1
6	Магілеў	„ Бялінішча	2/IX „	1
	„	в. Княжыча	25/VIII „	1
7	Мазыр	м. Калінкавічы	15/VII, 30/VII „	2
8	Віцебск		22/VI 1926 г.	1

Найбольш выпадкаў было ў м. Слуцку і яго акрузе, якая зьяўляецца таксама пагранічнай. У Барысаўскай акрузе адзін выпадак быў у Бярэзінскім раёне, які мяжуе са Смолевічскім, а другі выпадак у Зямбінскім, які мяжуе з Лагойскім раёнам.

З Слуцкіх выпадкаў 2 былі ў бліжэшых хутарох Капыльскага раёну, дзе бацькі хворых страчаліся паміж сабой. Бывалі таксама ў Негарэлым і ва Узьдзенскім раёне. У самым Слуцку 2 выпадкі былі ў двох суседзяў К. і О., якія жылі побач. Дзеці іх гулялі разам і адзін захварэў цераз тыдзень пасьля другога. Бацька О. раней служыў на мытні; да бацькоў Г. прыяжджалі часта іх крэўныя, якія жылі ля самае граніцы ў Капыльскім раёне. Нейкі час у іх гасьцявала іх крэўная, школьная работніца з Бараздыні Заслаўльскага раёну і хутка захварэлі адзін за другім 2 дзяцей.

Два апошніх выпадкі былі ў блізкіх крэўных, дзеці якіх гулялі разам як перад, так і ў часе хваробы. Бацькі гэтых двох дзяцей займаюцца кравецтвам і да іх прыходзілі жыхары з вёсак і з гораду.

У Бабруйскай акрузе цікавы выпадак 5-ы, калі ў гр. С. праз 7—10 дзён пасьля прыезду яго брата, які служыць у пагранічнай варце ў Заслаўльскім раёне, захварэла дзіця поліомэлітам. Ёсьць таксама сувязь паміж 3 і 1 вып. Да гр. Р. прыехалі крэўныя са Сьвіслачы, якія мелі адносіны да выпадка поліоміэліта, якія захварэлі, тым часам у Сьвіслачах і праз тыдзень у гр. Р. таксама захварэла

дзіця. У іншых акругох нам не ўдалося ўстанавіць пэўнай сувязі паміж адным выпадкам і другім, але цікава адзначыць профэсіі бацькоў у якіх хварэлі дзеці.

Земляробаў	50	Дрэваапрацовачн.	3
Краўцоў	3	Служачых (чыгункі і разьяздн. агенты)	5
Возьнікаў	1	Кавалёў	1
Тэлеграф. дазорцаў	1	Рабоч. саўхоз.	3
Паштальёнаў	1	Крамнікаў	3
Лясьнікоў	3	Санітарка	1
Апрацовачнікаў аўчын	1	Вайсковых	1
Заг. гандл. аддз. каапэрац.	1	Чл. сельсав.	2
Заг. лясным складам.	1		
Заг. цагельні	1		

Большасьць выпадкаў прыходзіцца на дзяцей сялян, якія жывуць у пагранічных раёнах. У горадзе і ў мястэчках выпадкі поліоміэліту прыпадаюць на дзяцей асоб, якім прыходзіцца разьяжджаць (фурманы, поштальёны, агенты, тэлеграфныя дазорцы і г. д), альбо на асоб, якім па сваёй прафэсіі прыходзіцца мець зносіны з прышлым элементам (краўцы, кавалі, сталяры і г. д). Такія моманты адзначаны і Ed. Müller'ам у апісанай ім пошасьці in Hesen-Nassaü і нельга не згадзіцца з ім, што прафэсія бацькоў мае эпідэміолёгічнае значэньне, наколькі выпадкі поліоміэлітуназіраюцца пераважна ў сем'ях асоб, якія часта пераяжджаюць з месца на месца, альбо ў асоб, якія маюць блізкія зносіны з вялікім лікам асоб.

Што датычыцца выпадкаў сярод сялянскага насельніцтва,—удалося ўстанавіць вялікі рух і сувязь паміж сабой, а ў іншых выпадках распаўсюджаньне залежыць, як відаць з вышэйпададзенай табліцы профэсіі бацькоў.

Усяго ў 1925 годзе ўстаноўлена ў розных мясцох Беларусі ў 65 насялёным пункце 91 выпадкаў поліоміэліту; з іх у Менскай акрузе—63, у Слуцкай—6, у Бабруйскай—8, у Барысаўскай—5 і Калінінскай акрузе—4, а ў Мазырскай і ў Магілеўскай па—2. Магчыма, што выпадкаў было яшчэ больш, але нам іх пакуль што знайсьці не ўдалося. Пераважная колькасьць выпадкаў падае на дзяўчынак 56 з 91, і тут нашыя даныя разыходзяцца з данымі Wickman'а, і Ed. Müllerà і Wernstedta, у якіх наадварот--хворых болей сярод хлопцаў. Wernstedt нават дапушчае думку, што констытуцыя мужчын мае большы нахіл да гэтае хваробы, але тут прычына не ў асаблівасьці мужчынскай альбо жаноцкай констытуцыі, як у ва ўзросьце хворых.

У пошасьці 1909 года ў Вэстфаліі і Рэйнскіх провінцыях, па даным Krause, вострым поліоміэлітам хварэлі пераважна дзяўчынкі.

Па ўзросту нашыя хворыя разьмяркоўваюцца наступным чынам:

Узрост.	Хлопч.	Дзяўч.	Узрост.	Хлопч.	Дзяўч.
да 1 г.	6	12	9—10 г.	2	2
1—2 „	6	19	10—11 „	—	—
2—3 „	2	18	11—12 „	2	
3—4 „	3	4	12—13 „	—	—
4—5 „	3	3	13—14 „	—	—
5—6 „	2		14—15 „	—	—
6—7 „	3		15—16 „	1	1
7—8 „	4		28 „	1	
8—9 „	4				

Самая большая колькасьць хворых—70 проц.—да 3-х гадоў, а сярод дзяўчынак асабліва ад 2—3 гадоў. Ад шасьці гадоў выпадкі поліоміэліту пераважна назіраліся сярод хлапцоў і мала, амаль што зусім ня было, сярод дзяўчынак.

Трэба адзначыць, што пашырэньне пошасьці заўважваецца ў чэрвені месяцы і яшчэ больш у ліпні; у жніўні пачынаецца зьмяншэньне пошасьці, а ўжо ў верасьні рэзкае зьмяншэньне.

У іншых краінах, у Швэцыі, пошасьць дасягла свайго максымума ў жніўні, а ў Нямеччыне ў Hessen-Nassaii у кастрычніку. Трэба думаць, што зьмяншэньне колькасьці выпадкаў у другой палове жніўня залежыць ад таго, што ў гэты час вясковае насельніцтва, сярод якога асабліва шырылася пошасьць, менш перасоўваецца, бо яно занята працай на полі.

Колькасьць выпадкаў поліоміэліту ў розн. мясцох Беларусі па месяцах.

Студзень 25 г.	Люты.	Сакав.	Красав.	Май.	Чэрв.	Ліп.	Жнів.	Верас.	Кастр.	Ліст.	Сьн.
—	2	—	2	—	7	51	19 4	3	1	2	2

Сярод захварэўшых дзяцей пры асабістым абглядзе кінулася ў вочы прысутнасьць у значнай колькасьці дзяцей (у 15 хлопцаў і ў 30 дзяўчынак) зьяўленьне эксудатыўнага дыатэзу і сьляды рахіту. У гэтых дзяцей розных нацыянальнасьцяй і соцыяльнага пахаджэньня былі павялічаныя залозы, у многіх з іх экзэма скуры і валасістай часткі ґалавы, кон'юнктывіты, блефарыты, катары сьлізніцы носаглоткі, у большасьці быў досыць вялікі чэрап, уздуты жывот, пастозны твар, скрыўленьне касьцей, траляліся і дзеці з эротычным Habitus'ам, з далікатным колерам твару, але такіх было значна менш. Праўда, мы павінны адзначыць, што сярод дзяцей і насельніцтва Беларусі ёсьць досыць вялікі процант хворых эксудатыўным дыатэзам.

Зроблены намі абгляд у 1920—1921 годзе дзяцей м. Бабруйска (5.642) і акругі (29.142 школьн. паказалі, што 25 проц. хварэюць скрофулёзам у гарадох і 10,5—27 проц. ў вёсках *); аднак, прысутнасьць гэткае констытуцыі ў 50 проц. усіх выпадкаў поліоміэліту прымушае нас падумаць аб значным нахіле гэткіх дзяцей да хваробы, тым болей, што ў цэлым шэрагу выпадкаў з дзяцей аднэй сям'і, не хварэўшыя эксудатыўным дыатэзам, не заражаліся поліоміэлітам, і наадварот. У тых выпадках, калі пасьлядоўна ў аднэй сям'і хварэла 2 дзяцей, у абодвых былі зьявішчы эксудатыўнага дыатэзу. Wernstedt лічыць, што і іншыя моманты, як прастуда, агульная слабасьць і нагул папярэднія хваробы могуць быць спрыяючымі фактарамі. У нашых выпадках толькі тры разы бацькі паказвалі на такія моманты: так у вадным выпадку хвароба выявілася толькі пасьля таго, як дзіцё купалася ў рацэ, у другім, пасьля цёплай ванны дзіцё пабыло на халадзе, і ў трэцім выпадку—пасьля таго, як доўга пасядзела на сонцы і моцна спаліла твар і цела.

Інкубацыйны пэрыяд па даным Wickaman'a бывае ад 1—33 дзён, Ed. Müller i Wernstedt лічаць ад 4—10 дзён, Zappert 8—14 дзён, а ў нашых выпадках, там, дзе ўдалося дакладна ўстанавіць тэрміны занядужаньня і зносіны паміж хворымі, інкубацыйны пэрыяд быў:

у чатырох выпадках	3 дні	у вадным выпадку	10 дзён
" " "	4 "	" " "	12 "
" " "	8 "	" двох "	20—23 "

*) Бобр. „Мед. Изв". № 1—2 1922 г.

У ліку гэтых выпадкаў ёсьць такія, якія назіраліся ў аднэй сям'і. З першапачатковых адзнак ва ўсіх выпадках адзначана раптоўная высокая тэмпэратура, якая даходзіла да 40 градусаў. Удалося ўстанавіць, што тэмпэратура ў 8 выпадках трымалась два дні, у 22 вып.—3 дні, у 10 вып.—4 дні, а ў 5 вып.—7 дзён, а ў адным выпадку нават два тыдні. У некалькіх выпадках таксама адзначана ванітаваньне ў першы дзень хваробы, дрыжыкі і сутаргі.

З хворых, якія знаходзіліся ў нэрвовай і дзіцячай клініках, толькі ў адным выпадку можна было прасачыць тэмпэратуру, калі дзіцё было прывезена ў клініку на трэці дзень хваробы. Рэшта выпадкаў адзначаецца даволі частымі падвышэньнямі тэмпэратуры ў працягу таго пэрыяду, калі парэз ужо разьвіўся, і неадпаведную частату пульсу. Адначасова з падвышэньнем тэмпэратуры ў цэлым шэрагу выпадкаў адзначаны зьявішчы з боку кішэчнага ходу, а ў некаторых выпадках зьявішча з боку верхніх дыхальных шляхоў; у 30 выпадках было разvalьненьне, у 4 выпадках затрыманьне, а ў адным нібыта крываўка. У 40 проц., як мы бачым, назіралася гастроэнтэрычнае зьявішча з перавагай развальненьня. Падобныя зьявішчы назіраліся таксама і ў Вэстфаліі (Krause), Швэцыі (Wickman) Аўстрыі (Zappert) у часе іншых пошасьцяй. Выпадкаў ангіны было 3, з якіх у двух выпадках у дзьвёх пасьлядоўна захварэўшых сясьцёр былі адзнакі стаматыту. На гэтыя адзнакі са сьлінатокам першы зьвярнуў увагу Heine, а пасьля Ed. Müller, успомнім, што пры спробах на малпах virus знаходзіўся ў сьліне. У 9 выпадках адзначаецца бронхіт, запаленьне лёгкіх альбо інфлуэнца. Побач з гэтымі адзнакамі назіраліся і зьявішчы мазгавыя і мэнінгэальныя. У 6 выпадках ванітаваньне, корчы. У некаторых выпадках санлівасьць, у 6 выпадках, як кажуць блізкія, галоўка была закінута назад. У 1 выпадку хістаньне галавы, у 8 выпадках галаўны боль, у іншіх непакойны стан дзяцей, павялічанае пацененьне, у 3 выпадках адзначаны рэзкі боль мускулаў і суставаў. Дзякуючы таму, што нам прыходзілася б. ч. бачыць дзяцей у паратычным стане, мы ня мелі магчымасьці больш назіраць першапачатковыя зьявішчы. Зьявішчы паралюша ў большасьці нашых выпадкаў наглядаліся зараз-жа пасьляападаньня тэмпэратуры; толькі ў 5 выпадках паралюш нібы разьвіўся яшчэ ў час падвышэньня тэмпэратуры, а ў 7 выпадках праз 2—7 дзён пасьляападаньня тэмпэратуры былі заўважаны паралюшы. Ніжнія канцавіны былі паралізаваны часьцей за верхнія.

Паралюш ніжніх канцавін	34	выпадкаў
„ верхніх „	2	„
„ усіх чатырох канцавін	11	„
„ аднэй верхняй канцавіны	11	„
„ „ ніжняй „	13	„
„ „ верхняй і ніжніх канц. . .	7	„
„ верхніх канцавін і аднэй ніжняй .	2	„
Крыжавы паралюш аднэй верхняй і аднэй ніжняй	2	„
Аднабокі паралюш верхняй і ніжняй канцавіны (з якіх з парал. чарэпных нэрваў 8) .	16	„

Ва ўсіх гэтых выпадках была гіпотонія параліжаваных канцавін, адсутнасьць сухажыльных рэфлексаў, толькі ў некаторых сьвежых выпадках рэфлексы можна было выклікаць у першыя дні, а пасьля яны зьнікалі. У цэлым шэрагу выпадкаў брушныя рэфлексы нельга было выклікаць, мабыць з прычыны парэзу брушных мускулаў. У двух выпадках пры адсутнасьці каленных рэфлексаў мы мелі падвышаны

Ахілесавы рэфлекс і ў 4 іншых выпадках адсутнасьць Ахілесавага рэфлексу пры прысутнасьці каленнага. Такія выпадкі апісаны таксама Oppenheim'ам Wickman'ам і Wernstedt'ам у другіх пошасьцях.

Процэс ахоплівае самыя рознастайныя аддзелы пярэдніх рогаў і рознастайныя сэгмэнты, чым і тлумачыцца паралюш розных груп мускулаў. У нашых выпадках мы мелі пры паралюшы ніжніх канцавін часта паралюш quadriceps femoris. Паталёгічныя рэфлексы Babinsk'ага і Oppenheim'а атрымліваліся ў 4 выпадках, з якіх у ваднаго дзіцяці 1 г. 3 м., у другога 1 г. 8 м. і ў двох 4-х гадовых; у першых двух выпадках яны зьяўляюцца амаль што фізыолёгічнымі; два астатнія выпадкі могуць быць адзначаны як паталёгічныя.

Іншых адзнак паралюша пірамідных шляхоў у гэтых выпадках мы ня мелі. У вадным выпадку мы мелі, побач з паралюшом пляча, у 10 мес. дзіцяці таксама паражэньне сымпатычнага асяродку ў вобразе сымптомокомплексу Horner'а, энофтальм, звужэньне правае вочнае шчыліны і звужэньне зрэнкі. У 5 выпадку былі адзначаны таксама расстройствы мочаспусканьня і выпаражненьня магчыма, што гэтыя зьявішчы павінны быць аднесены да фэбральных эпіфэномэнаў дзеля таго, што яны назіраліся толькі ў час гарачковага пэрыоду, хоць Wickman залічае іх да органічных станаў сымпатычных гангліяў. У вадным выпадку ў 16 гадовага хворага мы пры зьявішчах парапарэзу ніжніх канцавін і некаторай слабасьці верхніх, заўважвалі значную ацёчнасьць, якая павінна быць аднесена да трофічных расстройстваў; з боку сэрдэчнай і нэрвовай сыстэмы ў гэтага хворага хіб ня было. У гэтага самага хворага спачатку была значная гіпэрэстэзыя. У рэшты нашых выпадкаў мы ня бачылі расстройстваў болевай, „тактыльнай“ і глыбокае чуласьці, за выняткам двух выпадкаў з зьніжэньнем расстройства, але апошняе пры далейшых дасьледваньнях больш не выяўлялася. Дасьледваньне крыві ў аднаго са стацыянарных хворых паказала некаторае зьніжэньне лейкацытаў у хронічным пэрыодзе, зьяўленьне, адзначанае таксама Wernstedt'ам у гэтым пэрыодзе. На рэакцыі аблягчэньня эротрацытаў і на сьпінна-мазгавой вадкасьці мы ня можам спыняцца дзеля малога ліку зробленых намі дасьледваньняў, дзякуючы таму, што большасьць нашых выпадкаў былі амбуляторнага характару. У большасьці даных выпадкаў мы назіралі хутка наступіўшую атрофію папараліжаваных мускулаў, з перавагай у ніжніх канцавінах, pes equinus, хоць і было некалькі выпадакаў pes varus. У параліжаваных канцавінах былі таксама і вазаматорныя расстройствы: цianоз, пахаладаньне. Побач з гэтай формай Heine Medin'авай хваробы мы назіралі і іншыя формы. Як ведама, Medin і Wickman адрозьніваюць:

1) спінальную поліомітычную форму,
2) бульбарную альбо понтыйную форму,
3) форму, якая адбываецца пад відам паралюша,
4) энцэфалітычную форму,
5) нэврытычную форму,
6) атактычную форму,
7) менінгітычную форму,
8) абуртыўную форму.

Сярод нашых выпадкаў было 8 з паралюшам нэрваў твару і адзін выпадак з паралюшам nabducens. У 5 выпадках паралюш nervi faciali далучаўся да млявага паралюша канцавін, а ў астатніх гэміплегіі, якія насілі энцэфалітычны характар. У першых выпадках мы мелі справу з паражэньнем Вароліевага мосту, якія неаднакроць апісаны Oppenheim'ам і Medin'ам. Былі такія два выпадкі з паралюшам nervi

facials пасьля 2-3-дзённага фэбральнага стану. Пры паўторных дасьледваньнях былі выяўлены адзнакі парэзу таксама аднэй канцавіны, у вадным выпадку пры адсутнасьці Ахілесавага рэфлексу, а другім— каленнага, пры гіпотоніі паралiжаваных канцавін і наступнай атрофіі мускулаў. Трэба адзначыць, што Oppenheim'ам, Wickman'ам апісаны нават ізоляваныя паралюшы нэрваў, твару, як праява Heine-Medin'авай хваробы. Энцэфалітычная форма была апісана яшчэ Medin'ам, а ў1883 г. Strümpell гэтую форму таксама адзначаў, лічачы, што яна працякае па сваім агульным праявам падобна да поліоміэліту, але адрозьніваецца ад яго іншай лёкалізацыяй процэсу. Тое, што вірус поліоміэліту выклікае малы,—нават пры intracerebral'ным яго ўпырскваньні,—выключна праявы поліоміэліту, выклікала спрэчку аб лёкалізацыі энцэфалітычных процэсаў у мазгох у людзей. Ed. Müller і Wernstedt лічаць, што спастычныя праявы могуць быць рэзультатам не паралюша галаўных мазгоў, а залежаць ад паралiжаваньня вірусам белае матэрыі сьпінных мазгоў, таксама і паталёга-анатомічныя даныя былі неаднакроць адзначаны. Ed. Müller думае, што пры цэрэбральных формах мы маем часта справу толькі з бульбасьпінальным паралюшам. У вадным выпадку ён назіраў спастычны гэміпарэз з пэрыфэрычным паралюшам нэрвы твару процілежнага боку. Многія спасылаюцца таксама на слабае разьвіцьцё энцэфалітычных фокусаў, пры поліоміэлітах. Апошнія дасьледваньні Harbitza і Scheel'я, аднак, паказалі на досыць значныя энцэфалітычныя паталёга-анатамічныя зьмены ў падобных выпадках у час апошняй пошасьці ў Нарвэгіі. Ёсьць таксама паведамленьне Kraüse, што яму ўдалося выявіць вірус поліоміэліту ў сьпінна-мазгавой вадкасьці такіх энцэфалітыкаў шляхам упырсківаньня гэтае вадкасьці малпам і трусам.

Шматлічэбныя паведамленьні Bиceli, Hoffman'a, Pasteur'a і інш. аб аднaчасовым альбо пасьлядоўным занядужаньні розных членаў сям'і ў час пошасьці, то поліоміэлітам, то энцэфалітам, усё-ж такі сьцьвярджаюць прысутнасьць гэтае формы Heine-Medin'авай хваробы з лекалізацыяй у мазгох. Апошняя пошасьць у Франкфурце на М. ў 1924 (Sänger) дала якраз шмат выпадкаў цэрэбральнай формы. У нашых назіральнях мы маем тры выпадкі са спостычнымі гэміпарэзамі. У вадным выпадку гутарка ідзе аб 6-гадовым хлапцу, які сустракаўся з сваёй стрыечнай сястрой, захварэўшай поліоміэлітам, і ён сам у хуткім часе захварэў галаўным болем і падвышанай тэмпэратурай, што цягнулася 3 дні, пасьля гэтага афазыя і левастароньні спастычны гэміпарэз з правастароньнім паралюшам ніжняга facialis'у. Праявы гэтыя, паміж іншым, хутка зьнікалі. У 2 іншых выпадках пасьля каротка-тэрміновага падвышэньня тэмпэратуры зьявіўся левастароньні спастычны геміпарэз і парэз facialis'у, у вадным з афазыяй, а ў другім, без яе. У двух выпадках, якія скончыліся летальна і ня былі пад нашым назіраньнем, можна думаць аб паралюшы Landry, таму што паралюшы пачаліся ў ніжніх канцавінах і хутка распаўсюдзіліся вышэй і прывялі дзяцей праз некалькі дзён да сьмерці. Сярод нашых выпадкаў ёсьць адзін з заражонай мясцовасьці з праявамі полінэўрыту. Такія нэўрытычныя формы былі апісаны яшчэ Medin'ам, потым Wickman'ам, Förster'ам, Ed. Müller'ам і інш. пры іншых пошасьцях. У сваіх выпадках Förster'ам выяўлена хваравітасьць нэрвовых сьцяблоў і таксама хваравітасьць пры пасыўных рухах, выяўляліся і расстройствы чуласьці. У нашым выпадку гутарка ідзе аб аднэй 16-гадовай дзяўчыне, захварэўшай 16/XI раптам моцным галаўным болем з падвышэньнем тэмпэратуры, а праз два дні яна пачула слабавасьць у нагах. Тэмпэратура трымалася ўсяго 4 дні і хворая ўвесь час працавала і толькі

праз тры дні пасьля зьніжэньня тэмпэратуры хворая лягла таму, што не магла рухаць нагамі і, апрача гэтага, яна адчувала слабасьць у левай руцэ. Болю ў нагах яшчэ ня было. Пры паступленьні гэтае дзяўчыны ў клініку, быў выяўлены перыфэрычны паралюш абедзьвюх нэрваў твару, млявы паралюш усіх 4 канцавін. Гіпотонія, адсутнасьць сухажыльных і скурных рэфлексаў з выключэньнем рэфлексаў biceps'аў, хворасьць нэрвовых сьцяблоў, адсутнасьць расстройства чуласьці. Мочавыпусканьне нормальнае. У сьпінна-мазгавой вадкасьці, якая выцякае пад падвышаным ціскам Nonne-Appelt і Pandy+++. У крыві эрытроцытаў 5.330.000, лейкоцытаў 10.760; лейкоцытарная формула: N 71 проц., Л 26 проц., Р 1 проц., М 1 проц., Е 1 проц. Пры далейшым цячэньні хваробы, зьявіўся моцны боль у канцавінах і выяўлена паражэньне глыбокай чуласьці на пальцах ног і рук і паніжэньне тактыльнай прасторавай чуласьці, пачынаючы з падкаленнай ямкі. Гэтыя адзнакі патроху аслабяваюць, адзначаецца невялікая рэакцыя перараджэньня і атрофія мускалаў і ўжо намечаюцца сухажыльныя рэфлексы і аднаўляюцца скурныя. У сьпінна-мазгавой вадкасьці Pandy і Nonne-Appelt+++WaR—адмоўны ў крыві і вадкасьці. 12 сьнежня лейкацытаў 8.840, сэгмэнт 68 проц., Р 5 проц., лімф. 24 проц., моноц. 1 проц., пераходных 2 проц.; 28 сьнежня лейкацытаў 6.400, N 63 проц., Л 35 проц., Р 1 проц., Е 1 проц.

Ці можам мы даны выпадак залічыць да полінэўрытычных форм Heine Medin'а? У гэтым выпадку мы маем даныя, якія паказваюць на паралюш і сьпінных мазгоў з паралюшам задніх пучкоў з парушэньнем глыбокай і часткова тактыльнай чуласьці. Не ўкладаюцца ў малюнак полінэўрыту і даныя аб сьпінна-мазгавой вадкасьці. Пачатак хваробы з тэмпэратурай і хуткія праявы паралюша а таксама зьяўленьне гэтага выпадку у мясцовасьці, дзе быў поліоміэліт, даюць права думаць аб полінэўрытычнай форме поліоміэліту, тым болей, што ў выпадках Ed. Müller'а і Wollstein'а было таксама падвышэньне сьпінна-мазгавога ціску пры падвышэньні колькасьці бялку, а ў цэлым шэрагу выпадкаў былі выяўлены паталёгічныя зьмены ў задніх рагах і пучках (Wickman і інш.). Магчыма, што ў нашым выпадку мы маем справу з пераходам процэсаў запаленьня ад сьпінных мазгоў на перыфэрычныя нэрвы, як было ў адным з выпадкаў Wickman'а з парушэньнем чуласьці. Абортыўных выпадкаў было ў заражонных мясцовасьцях досыць многа, калі лічыць, па прапанове Wickman'а і інш., абортыўнымі такія выпадкі, дзе былі адзнакі агульнай заразы, мэнінгізму, гастроэнтэрытычных расстройстваў. Але калі мы пад абортыўнымі выпадкамі будзем разумець выпадак з больш лёгкім цячэньнем і з больш хуткім зьніканьнем парэтычных зьявішчаў, то такіх было сярод нашых выпадкаў усяго 9. Трэба сказаць, што сярод нашых выпадкаў ёсьць і выпадкі спорадычнага характару. Цэлы шэраг дасьледваньняў паказвае, што этыолёгічныя моманты і клінічны малюнак спорадычных і эпідэмічных выпадкаў аднолькавы.

Чаму поліоміэліт раптам пачынае прымаць эпідэмічны характар і працякае пераважна спорадычна, мы таксама мала ведаем, як і аб іншых інфэкцыйных хваробах, як шкарлятына, цэрэбросьпінальны мэнінгіт і інш., якія таксама раптам прымаюць пагражаючы эпідэмічны характар.

* * *

Значная колькасьць самых разнастайных форм поліоміэліту ў нашым краі і масавае распаўсюджаньне гэтае хваробы ў азначаных раёнах, высоўваюць пытаньне аб тым, што мы маем справу з гэткай хваробай, ад якой трэба ў свой час прыняць профілактычныя захады.

і тым болей загадзя, што да гэтага часу ўсе выпадкі поліоміэліту ў розных краёх давалі нарастаньне пошасьці ў наступныя гады з распаўсюджаньнем яе на новых мясцох і ў розных напрамках.

Тут павінна быць супольная праца нэўропаталёгаў, пэдыятраў і санітарных органаў. Дзіцячы паралюш зьяўляецца людавым ліхам, пагражае цяжкімі вынікамі ня толькі для дзіцячага організму, але і для дарослых людзей. Даныя, якія маюцца аб спосабах распаўсюджаньня і перадачы поліоміэліту, паказваюць і спосабы барацьбы з пошасьцю. Калі пошасьць пачынаецца ўлетку, трэба: у першую чаргу зрабіць абавязковай рэгістрацыю ўсіх выпадкаў вострага поліоміэліту; гэты спосаб цяпер праведзен ва ўсіх заходня-эўропэйскіх і па-за-эўропэйскіх краёх. Артыкул кодэксу аб абавязковай рэгістрацыі ўсіх выпадкаў заразьлівых хвароб пашырыць і на рэгістрацыю поліоміэліту на Беларусі.

Падругое, у мясцох, дзе заўважваецца пашырэньне поліоміэліту, трэба забараніць вучням і настаўнікам, у доме якіх былі выпадкі поліоміэліту, бываць у школе. У мясцох, дзе пошасьць поліоміэліту выразная, неабходна зачыніць школы зусім.

Важней за ўсё ізоляцыя альбо шпіталізацыя хворых. Тых, хто знаходзіўся з хворымі, трэба абмежаваць перасоўваньнем ня менш чым на 14—20 дзён (у Швэцыі быў устаноўлены 3-тыднёвы карантын. (Ed. Müller лічыць патрэбным карантын да 8 тydняў).

Яшчэ трэба старанная дэзынфэкцыя прадметаў ад хворых. Спробы Römera даказалі, што вірус забіваецца парай формальдэгіду, а таксама тэмпэратурай у 60°.

Наколькі дасьледваньні сьведчаць аб прысутнасьці вірусу ў сьліне і экскрэмэнтах, трэба, каб апошнія зьмешваліся з дэзынфэкцыйнымі вадкасьцямі (сулема, лізоль); начыньне трэба варыць у вадзе з содаю, памяшканьне хворых павінна быць прадэзынфэкцыравана фармалінам. Трэба, апрача гэтага, заражаных мясцовасьцях забараніць зборы людзей, дзе ёсьць хворыя (у Скандынаве падобныя захады ўжо праведзены).

Прымаючы пад увагу паўзучы ўзрост хворых, трэба навучаць бацькоў, каб тыя ў час пошасьці не дазвалялі дзецям поўзаць па падлозе і на зямлі. Трэба,правадзіць строгі вучот заразьлівых хворых (ангінай, энтэрытай), якія назіраюцца сярод акружаючых хворых. Неабходна і асабістая профілактыка пэрсоналу ў больніцах, дзе ёсьць хворыя поліоміэлітам; трэба: мець асобныя халаты, ня прымаць яды у тых пакоях, паласкаць рот перакісьсю вадароду і пры выхадзе з пакою мыць рукі.

У заключэньне лічу сваім прыемным абавязкам прынесьці шчырую падзяку глыбокапаважанаму профэсару М. Б. Кролю за яго грунтоўную дапамогу і каштоўныя ўказаньні пры вывучэньні гэтае пошасьці.

Выражаю таксама падзяку профэсару В. А. Леонаву за яго шчырую дапамогу.

Лічу таксама сваім абавязкам падзякаваць таварышоў—вучастковых дактароў Засл. і Койд. раёну Фаінберга, Фрідлянда і Царфіна за іх дапамогу пры абсьледваньні пошасьці.

Трахома в Белоруссии[1]).

Д-р С. Н. Купреев.

Начну с сравнительных данных о распространении заразных заболеваний в Белоруссии за 1924 и 1925 годы для того, чтобы показать, какое место среди этого ряда заболеваний занимает трахома. По расчету на 10.000 населения, из всех заразных заболеваний, по степени распространения на первом месте в Белоруссии, по данным 1924 и 1925 г. г., стоят гриппозные заболевания с коэффициентом 123,9 за 1924 г. и 218,5 за 1925 г. на 10.000 населения; на втором месте—чесотка 88,2 за 1924 г. и 174,7 за 1925 г.; на третьем месте—легочный туберкулез 61,4 за 1924 г. и 95,4 за 1925 г. и на четвертом месте —трахома, с коэффициентом 54,0 за 1924 год и 91,5 за 1925 год. Если сравнить со степенью распространения сифилиса, то все три его формы вместе составляют только 13,8 за 1924 год и 17,1 за 1925 год на 10.000 населения. Что же касается прочих заразных заболеваний, то показатели их распространения в населении за те же годы колеблются в пределах от 0,4—натуральная оспа до 24,6—корь за 1924 год и от 0,5—натуральная оспа и возвратный тиф до 70,1—корь за 1925 год. Средний арифметический коэффициент для всех заразных заболеваний, за исключением гриппа, чесотки, легочного туберкулеза, трахомы и сифилиса, составляет всего лишь цифру 9,0 за 1924 год и 16,5 за 1925 год, так что все они отступают совершенно на задний план по своей сравнительно малой степени распространенности. За десятилетний период с 1904 по 1913 годы проф. Гиршманом отмечено, что трахома в ряду других инфекционных заболеваний во Всероссийском масштабе стоит на 5-ом месте.

За этот срок обращаемость за медицинской помощью дала: малярии—4.432.157 случаев, гриппа—2.725.000, сифилиса—1.153.811, туберкулеза—859.717 и трахомы—813.462 случаев. Грипп и чесотка не являются обычно серьезными заболеваниями, угрожающими тяжелыми последствиями. К тому же в группу гриппозных заболеваний, зачастую, относят не распознанные другие заболевания, имеющие сходство по своему течению с гриппом, что может увеличивать коэффициент гриппа. Оставляя же в стороне эти две болезни, приходится поставить на следующем за ними по широте распространения, месте заболевания легочным туберкулезом и трахомой. С другой стороны, по тем тяжелым последствиям, которыми они сопровождаются, эти болезни должны привлечь к себе серьезное внимание. Прежде чем переходить к сравнению степени распространения трахомы по отдельным округам Белоруссии, предварительно привожу сопоставление коэффициентов заболеваемости трахомой городского и сельского населения. Общий коэффициент заболеваемости трахомой по Белоруссии составляет в 1924 г. 54,0 на 10.000 населения и в 1925 году—91,5. Среди городского населения, включая и местечки с количеством населения свыше 2000 челов.,

Примечание ред.: С некоторыми положениями автора редакция не согласна.

[1]) Доложено в медиц. секц. Инбелкульта.

общий коэффициент подымается до 114,8 за 1924 год и 116,9 за 1925 год, а среди сельского населения он ниже общего коэффициента по Белоруссии, составляя 43,8 за 1924 год и 87,0 за 1925 год на 10.000 населения.

В 1925 году среди городского населения коэффициент заболеваемости трахомой поднялся очень незначительно по сравнению с 1924 г., среди же сельского населения он вырос в два раза больше, чем, гл. обр., и можно об‘яснить более высокий общий коэффициент заболеваемости трахомой по Белоруссии за 1925 год по сравнению с 1924 годом, т. е. он вырос за счет увеличения коэффициента заболеваемости трахомой сельского населения за 1925 год. Последнее явление можно об‘яснить отнюдь не за счет увеличения первичных заражений трахомой здоровых среди сельского населения в 1925 году, а более уточненной регистрацией трахомных б-ных из сельского населения при обращаемости—с одной стороны, а с другой—популяризацией среди сельского населения открывшихся во всех окружных городах в последние годы специальных глазных амбулаторий и стационарного лечения при окружных больницах глазных больных.

Не приходится сомневаться, что из приведенных выше общих коэффициентов заболеваемости трахомой городского и сельского населения та огромная разница между ними является в результате того, что большинство трахомных б-ных лечится в городах, где имеются глазные специалисты, и, т. о., до известной степени искусственно резко повышены коэффициенты заболеваемости за 1924 и 1925 годы для городского населения по сравнению с сельским и потому—проводить для сравнения коэффициенты заболеваемости трахомой для городского и сельского населения порознь и по отдельным округам не представляется возможным.

Трахома является хронической болезнью, самопроизвольно редко излечимой, требующая длительного лечения. Городское население имеет возможность лечиться в течение долгого времени в то время, как приезжее сельское население и местечковое этой возможности не имеет, вследствие материальных условий, т. к. лечение трахомы почти исключительно производится амбулаторно.

Приблизительно по затронутому вопросу можно сделать такой вывод: городское население почти поголовно обращается за лечебной помощью, имеет возможность пользоваться ею, а, следовательно, и больше имеет возможности вылечиваться от трахомы, больше осведомлено о заразительности трахомы, а также по своей большей культурности оно больше предпринимает профилактических мероприятий и тем больше ограждает себя от заражения. С другой стороны—сельское население за дальностью расстояний до окружных городов, отсутствия фактической возможности проходить длительное амбулаторное лечение вне дома и меньшей степени культурности,—имеет обратные условия городского населения, а, следовательно, отсюда напрашивается вывод возможности предположения, что трахома больше распространена среди сельского населения, чем среди городского.

Кроме того, высокий общий коэффициент заболеваемости для городского населения в добавление к сказанному легко об‘ясняется еще и тем, что почти целиком больные трахомой проходят через амбулаторное лечение и, так обр., подвергаются статистическому учету. Сельское же население, наоборот, дает только уменьшенную статистику общей заболеваемости при частичном обращении за лечебной помощью. В подтверждение можно сослаться на указания доклада д-ра Каминского, ныне профессора, читанного на I с‘езде врачей быв. Минской губ.

23 января 1908 года, в котором отмечается, что крестьянское население обращается за помощью лишь в крайних случаях. Этим, по мнению д-ра Каминского, об'ясняется у крестьянского населения среди трахоматозных наличие 90 проц. б-ных трахомой с осложнением паннусом, а в остальных 10 проц. заворотами, выворотами и т. п. осложнениями.

В качестве второго подтверждения привожу сводку 3-х месячной регистрации трахомных б-ных, проведенную мною при амбулатории I городской больницы с 1/VIII по 30/X 1925 года. Оказывается, что превалирующий проц. трахомных б-ных повторных падает на население города Минска, а среди первичных больных проц. городского населения резко падает. Повторных больных из населения города Минска зарегистрировано 84,4 проц., а первичных—15,6 проц.; для сельского населения—повторных 52,2 проц., а первичных 47,8 проц. Надо отметить, что повторные больные регистрировались однажды, независимо от того, сколько бы они не сделали посещений за это время, отчего относительный процент повторных б-ных значительно меньше действительного, как в том, так и другом случае.

Сравнительные процентные соотношения больных по Минску и округу распределяются таким образом: по Минску 49,1 проц. повторных, 9,1 проц. первичных—итого 58,2 проц., а по округу 21,8 проц. повторных, 20,0 проц. первичных—итого 41,8 проц. В подтверждение еще можно привести факт, прочно установленный научными наблюдениями, что трахома наростает по направлению от города к периферии. Статистические данные Ц. С. У. о заболеваемости за 1924 и 1925 г. г. по Белоруссии получены в результате суммирования данных отчетов, выведенных из числа зарегистрированных трахомных б-ных на амбулаторных приемах, а не карточной разработки и потому дают представление о распространении трахомы среди населения Белоруссии в несколько увеличенном виде, так как тут не исключены дубликаты при обращении одних и тех же больных в разные амбулатории.

Вот почему, по моему мнению, поправка на обращаемость, вследствие неодинаковой врачебной сети по отдельным округам, а следовательно и различной степени охвата болеющего населения регистрирующим аппаратом, при сравнении данных о заболеваемости в разных округах, является далекой от действительности, так как она еще сама по себе резко увеличивает коэффициенты заболеваемости по всем округам, если за единицу принимать наибольшую обращаемость в Белоруссии—312 на 1000 населения. В приведенной мною таблице о распространении заболеваемости трахомой в Белоруссии по отдельным округам за 1924 и 1925 годы поправка коэффициентов заболеваемости по отдельным округам, вследствие далеко неодинаковой врачебной сети в них, произведена в расчете на коэффициенты сети за 1925 год, причем за единицу принята средняя площадь врачебного участка по всей Белоруссии равная 581 кв. верст.

Все же и при этой поправке при сравнении отдельных округов по степени распространения в них трахомы, приведенные данные мною в таблице, вполне сходятся с данными за 1924 г. и половину 1925 года, полученными при поправке на обращаемость и напечатанными доктором Дихтяром в „Белорусской Медицинской Мысли“ за 1925 г. № 3. Разница только та, что коэффициенты заболеваемости трахомой по отдельным округам и городам Белоруссии у д-ра Дихтяра достигают по всем округам невероятно больших цифр, как, например, по городу Калининску до 256 на 1000 населения. Сопоставляя коэффициенты заболеваемости в совокупности для городского и сельского населения

по отдельным округам с поправкой на коэффициенты сети, получается нижеследующая картина. В 1924 году, в убывающем порядке следования коэффициентов, Калининский, Бобруйский и Борисовский округа имеют коэффициенты выше среднего арифметического коэффициента по Белоруссии, а за ними в том же порядке следуют округа: Витебский, Оршанский, Могилевский, Минский, Полоцкий, Мозырский и последний Слуцкий, имеющие коэффициенты ниже среднего по Белоруссии.

В 1925 году Калининский, Борисовский, Могилевский и Оршанский округа имеют коэффициенты выше среднего арифметического по Белоруссии, а за ними следуют в том же убывающем порядке округа: Полоцкий, Бобруйский, Витебский, Минский, Мозырский и Слуцкий, имеющие коэффициенты ниже среднего по Белоруссии. Таким образом, получается некоторая разница в коэффициентах распространения заболеваемости трахомой по отдельным округам Белоруссии за 1924 год по сравнению с 1925 годом, которая, по всей вероятности, об'ясняется не совсем точной статистикой; причина же общего повышения коэффициентов по всем округам Белоруссии за 1925 год по сравнению с 1924 годом мною приводилось выше. Считаю, что более близкая к действительности будет сравнительная степень коэффициентов распространения заболеваемости трахомой по отдельным округам Белоруссии, исчисленная средним арифметическим коэффициентом за 1924 и 1925 годы. По средним арифметическим коэффициентов за 1924 и 1925 годы, в убывающем порядке следования коэффициентов, Калининский, Борисовский, Бобруйский, Оршанский и Могилевский округа имеют коэффициенты выше среднего арифметического по Белоруссии, и за ними следуют в том же порядке округа: Полоцкий, Витебский, Минский, Мозырский и Слуцкий, имеющие коэффициенты ниже среднего по Белоруссии. Таким образом, и в 1924 и 1925 году на первом месте по степени распространения заболеваемости трахомой в Белоруссии стоит Калининский округ, а на последнем—Слуцкий, что также получается и по исчислению среднего арифметического коэффициентов за 1924 и 1925 годы. По материалам за 1924 год коэффициент распространения трахомы в населении Белоруссии составляет 49,2, за 1925 год—87,8; в 1923 году по имеющимся данным в НКЗ—42,5. Нельзя по этим цифрам сделать заключение, что трахома захватила в 1924 году большие слои населения. Но нет основательных данных, чтобы это и отрицать. Цифра 1923 года относится не к укрупненной Белоруссии. Если же взять за 1924 и 1925 годы среднее арифметическое коэффициентов заболеваемости по округам, входившим в быв. неукрупненную Белоруссию—Минскому, Борисовскому, Бобруйскому, Слуцкому и Мозырскому (по быв. Минской губ.), то получим коэффициенты 45,8 за 1924 год и 65,0 за 1925 год, средний же коэффициент по Минщине за 1910 год составляет 45,5. Таким образом выходит, что распространенность трахомы в пределах быв. Минской губернии, как будто возрастает, но все же высокий общий коэффициент по Белоруссии за 1924 и 1925 годы надо отнести, главным образом, за счет присоединенных округов, в которых трахома значительно больше распространена. И, действительно, Витебщина и Могилевщина считались губерниями, наиболее зараженными трахомой. Так, средние коэффициенты за 1910 год по Витебщине 213,2, по Могилевщине 110,4. За 1924 г. по присоединенным к Белоруссии б. уездам Витебщины и Могилевщины средний арифметический коэффициент составляет 52,6 и за 1925 г.—110,7. За 1910 год максимальный коэффициент по б. России равен 213,2, средний—56,9. По распространению трахомы в быв. Минской губернии

мы имеем данные из вышеуказанного доклада д-ра Каминского к I с'езду врачей Минской губернии, происходившему 23 января 1908 года и работ врачей Урванцова и Ульянова. Этот статистический материал дает нам только процент трахоматозных по отношению к общему числу зарегистрированных глазных б-ных—в городах и местечках равный 12,63 проц., а для сельского населения процент этот колеблется и в течение пятилетия дает цифры от 19 до 38. Эти цифры по классификации Гиршберга относят быв. Минскую губ. к губерниям наиболее зараженным трахомой. Кроме того, 19 и 38 проц. трахомных больных среди общего числа глазных больных для сельского населения и 12,63 проц. для городского населения и местечкового еще лишний раз подтверждают нам высказанные выше предположения о большей зараженности трахомой сельского населения по сравнению с городским. Д-ром Каминским на личном материале в г. Минске отмечено среди 45.000 глазных б-ных за период с 1890 по 1908 год 5682 человека больных трахомой, что составляет 12,63 проц., при чем контингент больных преимущественно отмечается из гг. Минска, Борисова, Игумена и Слуцка, а также и их уездов. По данным Ульянова в 1908 году в бывш. Минской губернии было 21,7 проц. трахомных среди всех глазных больных. Из данных д-ра Дворжеца по результату двухнедельной работы глазного отряда в м. Логойске, Минского округа, работавшего в июне 1924 года отмечено среди 619 глазных б-ных, 208 человек больных трахомой, что составляет 33,7. Процент безусловно является баснословным,—и понятно, он выявлен на малом и к тому же концентрированном материале. Для сравнения привожу данные по другим губерниям из отчетов земских больниц. Так, в Екатеринодарской губернии за 1899 год 15 проц. трахомных среди всех глазных б-ных, в Воронежской за 1913 год—14,8 проц., в Пермской за 1889 год—7 проц., в Петроградской с 1889 по 1891 г.—7% и во Владимирской всего—2½ проц. Итак, мы видим, что по данным д-ра Каминского бывш. Минская губерния попадает с 12,63 проц. трахомных б-ных в разряд наиболее зараженных губерний, а если учесть присоединенные к Белоруссии части бывш. Витебщины и Могилевщины с максимальными коэффициентами по степени зараженности трахомой населения, то отсюда ясно, что Белоруссия в целом станет одним из эндемичных очагов трахомы. Для приблизительного сравнения с общим коэффициентом заболеваемости трахомой по Белоруссии за 1924 и 1925 годы, исчисленным из расчета на 10.000 населения, привожу данные поголовных осмотров населения. Среди двух литовских волостей по данным Авижониса имеется 38,7 проц. трахомных среди всего населения. В Вятской губернии врачом Дедюриным зарегистрировано—1695 трахомных б-ных, из осмотренных 9839 человек, что составляет 17,2 проц. По вышеуказанным результатам д-ра Дворжеца в м. Логойске, Минского округа, всего осмотрено 465 человек, из них 11,4% трахомных. Среди населения Челябинской станицы, по данным Бейвеля, при поголовном осмотре оказалось 2,8 проц. трахомных б-ных. Коэффициент трахомных б-ных по Белоруссии 49,2 проц. за 1294 год и 87,8 за 1925 год на 10.000 населения в процентном отношении к населению составит 0,49 проц. за 1924 год и 0,88 за 1925 год. Такой незначительный процент распространения трахомы среди населения Белоруссии можно об'яснить приблизительно двумя моментами. Повидимому, для вышеперечисленных поголовных осмотров попали наиболее зараженные трахомой эндемичные участки, а, с другой стороны, наш процент 0,49 и 0,88 является пониженным, т.к. не все полностью сельское население, зараженное трахомой, обращалось за лечебной помощью и, так. обр., некоторая часть трахомных больных вовсе не подвергалась

учету. В переводе на проц. исчисление коэффициентов заболеваемости по наиболее зараженным трахомой округам Белоруссии получается по Калининскому округу 2,1 проц., Борисовскому—1,7 проц. и Оршанскому—1,0 проц. за 1925 год. Эти цифры уже вполне можно сравнивать с данным Бейвеля поголовного осмотра Челябинской станицы с 2,8 проц. трахомных больных. Коэффициенты в переводе на проц. исчисление за 1924 и 1925 годы (средние арифметические коэффициенты) по округам Белоруссии простираются от 1,5 проц. до 0,1 проц., первый по Калининскому округу, второй по Слуцкому. Безусловно, при поголовном осмотре части населения наиболее зараженных трахомой округов Белоруссии мы получили бы проц. трахомных б-ных близкий к данным Авижониса и очень возможно еще более высокий, чем получился у д-ра Дворжеца на малом и концентрированном материале при поголовном осмотре населения 3 деревень, числом 465 человек в Логойском районе, Минского округа. В 1913 году из глазных б-ных в бывш. России было зарегистрировано 17 проц. трахомных, что составляло 1.029.883 человека, а на 10.000 населения 63,3 человека. Причем, в Европейской России—885.789 и в Азиатской—144.094 (в том числе на Кавказе—77556, в Сибири—48.196, а в Средней Азии—19.342). По данным д-ра Бочковского по губерниям проц. трахоматозных б-ных ко всем глазным больным распределялся т. о.: Казанская—49,8, Симбирская—46,3, Вятская — 40,5, Минская—24,2, Московская—8,7, Владимирская—6,3 и Рязанская—4,5. Среди государств по Больдту трахома имеет распространение по проц. отношениям трахоматозных больных ко всем глазным б-ным в таких цифрах: Румыния—68,0, Турция — 60,0, Болгария—44,0, бывш. Россия—17,0, Восточная Пруссия—13,4, Венгрия—11,2, Саксония—0,6—2,6, Англия—0,6 и Швейцария—0. Страдает трахомой и население высококультурной Северной Америки, в особенности ее западные штаты, а также Мексика и Южная Америка. Трахомы почти нет во Франции и совершенно нет в Швейцарии, Чехии и в Центральной Африке (в странах гористых). По количеству слепых, как показателю степени трахоматозности населения, бывш. Россия занимала одно из первых мест среди стран Европы. В Германии, Англии и Франции насчитывалось 7—8 слепых на 10.000 населения, в Бельгии и Дании 4 — 5, в России 20, а в бывш. Казанской губернии 59 (Всероссийская перепись 1887 и 1897 г.г.). Многие авторы об'ясняют занимаемое бывш. Россией видное место в смысле большого количества трахоматозных больных и слепых за счет включения в ее состав многих отсталых народов как в культурном, так и в экономическом отношении. Д-р Бочковский утверждает, что на западе процент трахоматозности населения зависит от преобладания среди населения белоруссов, а на востоке— в Средне-Волжье—финно-тюркских племен, как-то: черемиссов, вотяков, чувашей, мордвы, татар, мари, калмыков и проч. Среди населения Японии отмечается большая распространенность трахомы. Д-р Миашита в самой столице Японии г. Токио определяет зараженных трахомой в 25 проц. всех глазных больных. Для сравнения сопоставим крупные города бывш. России, где на 1.000 глазных больных приходилось: в Москве—40 трахоматозных, в Ленинграде—87, в Гельсингфорсе—102, в Варшаве—124 и Харькове—200. Т. о., „Страна Восходящего Солнца“ по распространению трахомы приближается к народностям Средне-Волжья. В бывш. Казанской губернии по данным д-ра Кривоносова на 1000 глазных больных приходится 496 трахоматозных, в Вятской—190,7, Самарской—115,1, Симбирской—99,1. На Западе по старым литературным источникам конкурируют с указанными губерниями Поволжья — Могилевская—278,0, Витебская —208,2 и Псковская—146,5.

Чтобы убедиться в зараженности трахомой народностей СССР в Средне-Волжском крае, достаточно привести проц. заболеваемости трахомой ко всему населению. Так, среди волжских татар—16,9 проц. (Казанское бюро), мари горных—16,1 проц. (Казанск. бюро), мари луговых—33,4% (Казанск. бюро) и 78,0 проц. (Добросердов), чуваш—35,7 проц. (Казанск. бюро и 45,3 проц. (Лукьянов), мордвы—50 проц. (Романов) и 20,9 проц. (Сурков) и калмыков—55 проц. (Корженьянц). Из литературных указаний предполагается, что войска Наполеона разнесли трахому в разные страны: Италию, Испанию, Германию и бывш. Россию, возвратившись из египетского похода, будучи сами поголовно заражены самой вирулентной формой трахомы среди населения Египта. И, действительно, в Египте, вообще на севере Африки трахомой поражено почти все население. По словам итальянского профессора Соннини „Египет есть страна косых и слепых", что подтверждается и данными научных исследований. В Аравии 20 проц. всего населения страдает трахомой, в Алжире—поголовно. Т. о. на основании данных за 1924 и 1925 г. г. о распространении трахомы по Белоруссии при сопоставлении их с литературными данными о распространении трахомы в других частях СССР, можно отметить с уверенностью, что трахома в Белоруссии является эндемичной. Но приведенный статистический материал, как основанный на амбулаторной отчетности, может только приблизительно дать указания о сравнительной распространенности трахомы по отдельным округам и в целом по Белоруссии. Для определения же сравнительной заболеваемости трахомой городского и сельского населения, а главное—выявления наиболее эндемичных районов в Белоруссии, куда должны быть направлены соответствующие средства для борьбы с трахомой, этот материал вовсе не может являться критерием. Статистика по методу поголовных осмотров населения, как исчерпывающее исчисление, представляется, безусловно, более полной и надежной для определения общей средней величины заболеваемости, как округа, района, так и в каждом селе, но этот метод требует много времени, много врачей, а также больших затрат материальных средств, что нам вовсе не по-силам. Для разрешения затронутого вопроса в Белоруссии подходящим было бы проведение статистики трахомы по методу выборочному, близкому к методу поголовных осмотров и признанному по литературным данным наиболее целесообразным в проведении.

Сущность выборочного метода заключается в том, что при помощи данных поголовного исследования части населения определяют степень распространения трахомы у всего населения. Преимущество над остальными методами заключается в том, что мы, т. о., располагаем сведениями о развитии трахомы у всех возрастных групп данной части населения и приблизительно при том составе его, какой имеется в этом районе.

Следовательно, поскольку развитие трахомы представляется явлением общим для данного населения и находится в зависимости от возраста, пола, народности, условий жизни и рода деятельности, постольку и коэффициент заболеваемости в исследованной части может быть близким к величине заболеваемости и всего населения. Целиком этот метод, само собой разумеется, не может заменить метода поголовных осмотров населения. По выборочному методу можно вывести лишь средний коэффициент заболеваемости в обследованной части населения. Он не будет абсолютно точным для каждой отдельной части населения, но несомненно очень близок по отношению к общему среднему для всего населения. Почти все исследователи отмечают, что даже в ограниченной части населения, например: в селе и даже

в отдельных семьях степень развития трахомы оказывается неодинаковой.

Так, наряду с сильным развитием трахомы в одних семьях, встречаются нередко семьи с очень малым количеством б-ных и даже совершенно здоровые. (Цитировано из заметок о статистике трахомы профессора Л. Агабабова).

Пример выборочного метода, использованного для обобщения результатов частичного исследования по отношению ко всему населению является труд Казанского Губернского Земства. Проведение статистики трахомы в Белоруссии путем выборочного метода выявит довольно точно среднюю цифру заболеваемости трахомой в определенных районах, сравнительную распространенность трахомы по отдельным округам Белоруссии, на основании чего можно вывести более точно общую заболеваемость трахомой по всей Белоруссии. Кроме того, по этим данным можно вполне определить сравнительную заболеваемость трахомой городского и сельского населения, а также выявить и наиболее эндемичные районы трахомы в Белоруссии.

При проведении выборочного метода одновременно необходимо производить лечение больных трахомой и проводить санпросвет. работу среди населения о профилактике трахомы, дабы заинтересовать население и оно бы охотно шло на обследование. Неизбежная медлительность в обследовании населения при выборочном методе с наличием имеющихся в Белоруссии врачей-окулистов не может иметь большого значения, т. к. трахома является болезнью не острозаразной, а хронической, развивающейся очень медленно и потому выборочный метод обследования может проводиться в течение целого ряда лет.

При разработке статистических карточек за 1925 год по распространению трахомы в Белоруссии, полученные данные прольют некоторый свет на распределение трахомы по полу, возрасту, по занятиям и, в частности, наметят, хотя бы очень приблизительный социальный состав трахомных больных, а также дадут указание и на национальный состав болеющего населения, но все же эти вопросы не будут до такой степени в точности разрешены, как при проведении выборочного метода.

Трахома наравне с туберкулезом и сифилисом может быть причислена к болезням социальным. Если руководиться схемой признаков социальных болезней Grotjan'а, то по первому признаку социальных болезней трахома по своей частоте вполне соответствует. Трахома, если не считать чесотки, занимает третье место в числе болезней, имеющих наибольшее распространение в Белоруссии и пятое место во Всесоюзном масштабе. На первом месте—грипп с коэффициентом 123,9 за 1924 г. и 218,5 за 1925 год, на втором—легочный туберкулез —61,4 за 1924 г. и 95,4 за 1925 год и третье место занимает трахома с коэффициентом 54,0 за 1924 год и 91,5 за 1925 г.; сифилис во всех 3-х формах имеет коэффициент 13,8 за 1924 г. и 17,1 за 1925 год. Второй признак—влияние социальных условий в отношении предрасположения, возникновения и течения болезни трахомы не может играть такой роли, как при туберкулезе.

Принимая же во внимание, что причины социального характера не только обусловливают предрасположения к болезням, но оказывают главное влияние на возникновение и течение болезни,—то можно элементы и этого признака найти в заболеваемости трахомой. Трахома—болезнь контагиозная и бедные классы населения, живущие в скученных жилищах, пользующиеся общим полотенцем, общей домашней утварью, не знающие, зачастую, вовсе о наличии

у них трахомы и ее заразительности, заражают не только в пределах одной семьи, но распространяют трахому на своих родных и знакомых, имеющих с ними общения. Далее, не имея достаточно средств для прохождения длительного амбулаторного лечения вне дома, больные трахомой остаются в течение долгого времени вовсе без лечения, пока болезнь не примет тяжелую форму.

Слепых от трахомы можно встретить исключительно среди необеспеченных классов населения. Влияние заболеваний трахомой на социальные условия, уже не говоря о слепоте, как ее результате, а количество слепых от трахомы разными авторами определяется различно, приблизительно в 25 проц. их общего числа,—теряет трудоспособность и та масса больных, которая в течение долгих лет с сильно пониженной остротой зрения или даже полуслепых—вынуждена отказываться от целого ряда профессий или целого ряда повседневных своих хозяйских обязанностей. Трахоматозные больные служат помехой, затрудняют жизнь коллектива, подвергая опасности всех окружающих. Если еще учесть затрату времени, потраченного на прохождение длительных курсов лечения, то можно с уверенностью сказать, что материальный ущерб для общества, наносимый трахомой, неисчислимо велик и способствует понижению накопления продуктов производства и тем самым ведет к увеличению необеспеченности отдельных групп населения и общества.

Последние два признака—влияние врачебных мероприятий на заболевание, т. е. социальная терапия или воздействие на большое число случаев одинаковых заболеваний, а также о влиянии социальных мероприятий на течение болезни и об ее предупреждении,—эти два признака схемы Grotjan'a вполне относятся и к трахоме, хотя в борьбе с заболеваемостью трахомой ни врачебные, ни социальные мероприятия не ставили себе до сего времени такой цели.

В связи же с массовым распространением трахомы и угрожающими от нее последствиями для зрения, имеющими в известной части случаев конечный результат—слепоту, полуслепоту и потерю трудоспособости,—несомненно, наводят нас на мысль о необходимости неотложного принятия широких врачебных мероприятий, как лечебных, так и профилактических для борьбы с трахомой, мероприятий такого об'ема и такого порядка, чтобы они могли получить значение социальной терапии. Ими должно быть оказано положительное влияние, как на течение болезни, так и на ее предупреждение.

Анализируя таблицу, характеризующую и экономическое состояние округов Белоруссии по данным Налогового Управления НКФ Белоруссии для исчисления сельско-хозяйственного налога на 1926 год, до известной степени можно подметить связь распространения заболеваемости трахомой с экономическим состоянием. Приняв во внимание в совокупности суммы условно-чистого дохода за год с полеводства, луговодства и крупного рогатого скота по каждому округу и исчислив сколько приходится на одного человека рублей в год условно-чистого дохода с этих основных отраслей сельского хозяйства по каждому округу—все десять округов соответственно займут определенные места по своему экономическому состоянию.

Для установления связи распространения заболеваемости трахомой в Белоруссии по отдельным округам с экономическим благосостоянием, степенью культурности, плотностью населения, путями сообщения взяты по отдельным округам Белоруссии средние арифметические коэффициентов распространения трахомы за 1924 и 1925 годы. Непосредственная связь распространения заболеваемости трахомой с экономическим

состоянием округов выявляется не целиком по всем 10 округам. В Слуцком, Мозырском, Оршанском, Калининском и Полоцком округах занимаемые места по распространению заболеваемости трахомой с большой точностью совпадают с занимаемыми местами по экономическому благосостоянию этих округов. Что касается округов Борисовского, Минского и Могилевского, то занимаемые места по этим трем округам с меньшей точностью совпадают, но ту же зависимость можно усмотреть, сравнительно сопоставляя занимаемые места по распространению заболеваемости трахомой с занимаемыми местами по их экономическому состоянию, и таковая связь также обнаруживается, т. е. трахома меньше распространена в том округе, где имеется лучшее экономическое благосостояние населения. И только в округах Бобруйском и Витебском вовсе нельзя усмотреть этой зависимости, Бобруйский округ, несмотря на хорошее экономическое благосостояние его населения, имеет очень высокий коэффициент распространения заболеваемости трахомой, зависящий, повидимому, от других факторов, тогда как Витебский округ, наоборот, при бедности его населения, имеет незначительный коэффициент, обусловливаемый какими-то иными условиями, действующими благоприятным образом.

Сказать очень трудно, зависит ли это от бытовых условий или может быть от более точной регистрации трахомных больных по Бобруйскому округу по сравнению с Витебским. Установить зависимость распространения заболеваемости трахомой с состоянием промышленности в округах в том же виде, как и по состоянию сельского хозяйства, не удается. В слабой степени развитая промышленность на территории Белоруссии с незначительным количеством занятых в ней рабочих не может играть какую бы то ни было роль в определении экономического благосостояния округов и влиять, как экономический фактор на степень распространения заболеваемости трахомой, при наличии в Белоруссии основного занятия населения сельским хозяйством.

По приведенному в таблице исчислению грамотности населения на 1000 человек, плотности населения на 1 кв. километр и протяжения железнодорожной сети в пределах округа в километрах по всем 10 округам Белоруссии на основании статистических данных ЦСУ за 1924-1925 годы и сопоставлении соответственно занимаемых мест по отдельным округам по грамотности населения, плотности населения и развития железнодорожной сети в пределах каждого округа для уяснения зависимости распространения заболеваемости трахомой с вышеназванными жизненными факторами не приводит ни к каким результатам. И действительно, при незначительной степени грамотности населения Белоруссии, его общей малой культурности и наибольшего контингента грамотного населения, получившего образование только в начальных школах,—степень грамотности населения в Белоруссии не может играть роли, как культурный фактор в выявлении зависимости с ним распространения заболеваемости трахомой. Тоже можно приблизительно сказать о плотности населения и развитии железнодорожной сети. Невысокая плотность населения в Белоруссии по всем округам и слабо развитая железнодорожная сеть не могут также влиять на степень распространения трахомы среди населения отдельных округов Белоруссии.

Резюмируя все вышесказанное, напрашивается общий вывод по вопросу трахомы, как социальной болезни. Если принять во внимание установление общих признаков социальных болезней по схеме Grotjahn'a для заболеваемости трахомой и учесть непосредственную связь распространения заболеваемости трахомой с экономическим благосостоянием

округов, то приходится определенно, в положительном смысле слова, сказать: да, трахома действительно социальная болезнь. Если это так, то сама собой напрашивается мысль о применении социальной терапии для лечения трахомы.

Перехожу к мерам борьбы с трахомой. Трахома существует с самых древних времен: она была известна Горацию, Плинию и Цицерону, последний сам страдал трахомой. Одной из важных причин слепоты является трахома, посему она должна стать предметом тщательного изучения и всестороннего исследования. Это социальное зло обратило на себя внимание только около 40 лет тому назад. Средний проц. слепоты от трахомы по сводке всех данных о причине слепоты у 65724 слепых обоего пола равен 21,4 проц. по данным профессора Головина (Труды, изданные в 1910 году „О слепоте в России").

В докладе, читанном С. Н. Галицким в 1914 году на с'езде врачей быв. Минской губ., принимается число слепых от трахомы в быв. России в 100 тысяч человек, т.е. 1/4 часть всех имеющихся слепых в России. В быв. Минской губ., по данным д-ра Ульянова за 1908 год, имелось 5600 слепых,—из них от трахомы можно считать ослепло около 1200 человек, что составляет 21,4 проц. По сведениям комиссии, проф. Рейна за 1913 г. слепцов в быв. России оказалось 320,000 человек, а по подсчету проф. Головина слепых от трахомы 192000 человек. Считая по 15 рублей в месяц содержания каждого слепца, мы получим на всех слепых ежемесячную сумму в размере до 3 млн. руб., а за год от 20 до 35 миллионов рублей для всей бывшей России. По быв. Минской губ. из такого же расчета на 1200 слепых от трахомы получится сумма за год в 432.000 рублей. При подаче своевременной и квалифицированной глазной помощи трахомным больным эти убытки для государства отсутствовали бы. Имеется еще большая категория лиц, потерявших часть своей трудоспособности—это полуслепые, к последним причисляются лица, имеющие осложнения на почве трахомы, как-то: заворот век, паннус, бельмо, трихиазы и проч. По Гиршману повреждение остроты зрения наблюдается у 55—94 проц., у Мартинсона у 67—96 проц. одержимых трахомой.

Трахомные б-ные с осложнением являются инвалидами, потерявшими приблизительно от 25 до 50 проц. общей трудоспособности и нуждающиеся частично в материальной поддержке их обществом или государством. Кроме того, надо учесть, что проц. осложнений от трахомы падает, г.о., на период перехода из II стадии в III-ью. III-ей стадией болезни поражено 52 проц. всех трахоматозных, а из работоспособного возраста (20—50 лет) 61 проц. всех больных этого возраста на статистическом материале 3194 человека (1913 г.).

По подсчету д-ра Лукьянова в Волжско-Камском крае материальный ущерб, наносимый этой тяжелой социальной болезнью для татар, чуваш и мари, определяется ежегодно в 14.582.805 рублей от утери труда слепых и трахоматозных с испорченным зрением плюс социальное обеспечение семей первых. А сколько времени, энергии пропадает вследствие бездеятельности больных при обострениях трахомы, когда они вынуждены сидеть сложа руки, да еще страдать, лечиться, требовать ухода и проч..! Словом, материальный ущерб, наносимый трахомой, как отдельному человеку, так и в целом обществу и государству чрезвычайно велик и борьба с трахомой является, безусловно, одним из очередных моментов нашего социального строительства. Вкратце привожу причины, обусловливающие особенно сильное развитие трахомы среди населения Белоруссии: бедность, малокультурность и невежество,

крайняя скученность жилищ, антигигиенические условия жизни, незнакомство населения с путями распространения трахомы, а главное количественная и качественная слабость окулистической помощи на местах. Всемерное улучшение культурно-экономических условий жизни населения Белоруссии является задачей общего характера и, конечно, очень желательной в ее проведении, но параллельно с этим также необходимо проведение организованным путем борьбы с трахомой, как на фронте профилактическом, так и лечебном. В сущности оба эти фронта неразрывно между собою связаны. Еще Н. И. Пирогов сказал: „Задача наша (медиков) обнародить медицину в такой степени, чтобы каждый человек стал для себя и окружающих его людей врачем“.

Для выяснения распространения заболеваемости трахомой, мною уже был ранее указан общепризнанный метод более точного и возможного статистического обследования, т. е. выборочный метод. Для его проведения необходимо воспользоваться помощью окружных окулистов в организации ежегодно поголовных местно-выборочных осмотров населения для выявления более зараженных очагов с заданием выяснить причины распространенности трахомы в том или ином месте, для чего также можно организовывать передвижные глазные отряды.

Далее в центре, т. е. в г. Минске необходимо открытие трахоматозного института или центрального трахомного диспансера. Трахоматозный институт явился бы научным, организационным и профилактическим центром, из которого бы исходили методы борьбы с трахомой. Научная разработка изысканий необходима не только в указанных областях, но и лечебной. Современные методы лечения с весьма длительным применением Argentum nitricum, Cuprum и Alumen являются только палиативными средствами. Не стану перечислять многие другие лечебные средства, также не имеющие своей радикальности, т. к. в мою задачу это не входит. Хочу только отметить, что трахома с трудом поддается лечению в течение только довольно большого срока времени, на что нехватает у многих больных ни терпения, ни фактической возможности.

В окружных городах необходимо и неотложно увеличить число коек для глазных больных.

В Белоруссии за 1924 год было всего 100 коек глазных, за 1925 г. —105, при чем в г.г. Минске и Могилеве находилось 60 проц. всех глазных коек. Трахомных больных за 1924 год зарегистрировано 22720, за 1925 год—38921. Таким образом на одну койку в год приходилось 227 больных в 1924 году и 389 в 1925 году. При чем нужно еще отметить, что трахомные больные, требующие длительного лечения, хотя бы они и нуждались в стационарном лечении, очень редко помещаются в стационар, чтобы не загромождать ими коек, необходимых преимущественно для оперирующихся больных. Весьма целесообразны общежития-изоляторы, имеющиеся при некоторых окружных городах но они охватывают очень незначительную часть трахоматозных больных (180 коек в детских трахоматозных домах и 30 коек в трахомо-изоляторах для взрослых). Увеличивать в них число коек и открывать в центрах, где наблюдается наибольшая поражаемость трахомой, новые общежития-изоляторы для трахомных больных требует больших средств и потому вряд ли это возможно в ближайшие годы.

Переходя к дальнейшему углублению вопроса, считаю вполне возможным обязать всех имеющихся в окружных городах окулистов, при наличии не менее двух, ежегодно поочереди работать в течение летних 2-3 месяцев в районах своего округа и, т. обр., приблизить

специально глазную помощь к населению. По одному из районных врачей пропустить постепенно через краткосрочные курсы для ознакомления с распознаванием и лечением трахомы, прикомандировывая их к окружным окулистам. Для студентов медфака БГУ установить прохождение обязательного специального курса о трахоме.

Далее, ввиде общих мероприятий, необходимо производить ежегодный поголовный осмотр школьников в начале и в конце учебного года, с целью изолировать больных от здоровых и направления первых для лечения. Обязательный осмотр всех новобранцев также необходим для выделения больных трахомой. По данным д-ра Искерского от 1893 года среди войск трахоматозных отмечено от 10 до 12 проц. Безусловно, в процессе начатой работы выявятся и другие возможности в проведении борьбы с трахомой. Важно только развить темп ее и неуклонно продолжать.

По вопросу о культурном значении школы по проведению борьбы с трахомой, как об отдельном факте, позволю себе остановиться особо.

По словам проф. Гиршмана: „Школа—медленный, но единственный радикальный способ в борьбе с народной трахомой". Идея борьбы с трахомой через школу—не новая. Пруссия и Венгрия на местах проводила технику лечения и статистику трахомы помощью трахомных сестер и сельского учителя, подготовленных к этому делу заранее на особых курсах,—при чем, врач-специалист 4 раза в год производил контрольный осмотр. Пруссия за 9 лет такой работы перевела процент трахоматозных школьников из 19,1 до 3,9 проц. Примеры борьбы с трахомой через школу имеются и у нас в СССР. По работе главврача и прив.-доц. Бакинской больницы Я. К. Варшавского, напечатанной в „Русском Офтальмологическом Журнале" за 1926 г. т. V № 2 виден прекрасный результат. Количество трахоматозных больных во всех Бакинских школах понизилось с 30 проц. до 20,2 проц. за полтора года с января 1923 года по апрель 1924 г.

Вопрос о применении борьбы с трахомой через школу в Белоруссии—требует специальной разработки в условиях белорусской действительности. Заканчивая, привожу основное положение, ставшее общепринятым—это приближение медицинской помощи к населению и санитарное просвещение, г. о., через школу, учителя. Для первого положения по установленной РСФСР норме на окулиста должно приходиться не свыше 50.000 человек населения, до чего у нас в Белоруссии еще слишком далеко.

Выражаю искреннюю признательность профессору соц. гигиены *Френкелю* за указания в работе.

Литература.

I. „К вопросу о распространении трахомы в Минской губернии", *С. Д. Каминского*, Труды I с'езда врачей Минской губ., 22-25/I, 1908 г.

II. „Окулистическая помощь в Минской губ.", *Ф. Л. Ульянова*, Труды II с'езда врачей Минской г., 12-15/I, 1911 г.

III. „К вопросу об этиологии трахомы и мерах борьбы с нею". *С. Н. Галицкого*, Труды III с'езда врачей Минской г., 9-12/I, 1914 г.

IV. „Трахома в Волжско-Камском крае" (очерки и материалы), д-ра *Лукьянова*, г. Чебоксары, 1925 г.

V. „Заметки о статистике трахомы", проф. *Агабабова*, „Вестник Офтальмологии" 1916 г., №№ 6-7, 8-9.

VI. „Географическое распространение трахомы в России“, диссертация д-ра *Бочковского*, Витебск 1917 г.

VII. „Мероприятия по борьбе с трахомой и слепотой“, д-р *Глоба Я. Ф.*, „Русский Офтальмологический Журнал“, 1923 г., № 7.

VIII. „О слепоте в России“, проф. *Головина*, Одесса, 1910 г.

IX. „О трахоме в Астраханской губ.“, д-ра *Корженьянца* „Вестник Офтальмологии“ за 1913 г. т. XXX.

X. „О борьбе с трахомой в России“, д-ра *Кривоносова*, доклад на I Всероссийском с‘езде в 1913 г.

XI. „О трахоме в Самарской губ.“, д-ра *Маркова*, „Вестник Офтальмол.“ за 1911 г.

XII. „К вопросу о трахоме С. П. Б.“, д-ра *Самсонова*, за 1910 г.

XIII. „Трахома и ее распространенность в Казанской губ“., издание Казанского губернского земства, Казань, 1914 г.

ТАБЛИЦА

распространения заболеваемости трахомой в Белоруссии по отдельным округам за 1924 и 1925 годы в связи с экономическим благосостоянием, степенью культурности, плотностью населения и путями сообщения по данным ЦСУ (статистич. ежегодник за 1924 г. и календарь за 1925 г.).

№№ по порядку	Наименование округов	Коэффициент заболеваемости трахомой на 10.000 населения						Сумма условно чист. дох. за год с полевод., луговод. и круп.рог.ск. на одного чел. в руб.	Занимаем. место	Число рабоч. занятых в промышленных завед. к 1/VIII 1925 г.	Занимаем. место	Грамотность на 1.000 челов. всех возрастов с 1920 по 1924 г.	Занимаем. место	Плотность населения на 1 кв. клм. в 1924 г.	Заним. место	Протяж. ж. д. сети в пределах округа в клм к 1/X 1925 г.	Занимаем. место	ПРИМЕЧАНИЕ
		В 1924 г.	Зан. место	В 1925 г.	Зан. место	Средн. ариф. за 1924 и 25 г.	Зан. место											
1	Бобруйский	85,0	II	76.7	VI	80,9	III	42,4	III	2330	III	324	V	34.89	VII	373	I	Сумма условно-чистого дохода за год с полеводства, луговодства и крупного рогатого скота на одного человека в рублях взята из данных по исчислению сельско-хозяйственного налога на 1926 год, разработанных Налоговым Управл. НКФБ.
2	Борисовский	77,6	III	170.0	II	123,8	II	39.5	VI	1987	IV	292	IX	30,60	IX	103	IX	
3	Витебский	48,1	IV	49,7	VII	48,9	VII	37,5	IX	5504	I	347	II	50.47	II	305	III	
4	Калининский	98.9	I	210,9	I	154,9	I	37,5		79	IX	299	VIII	46,10	IV	132	VII	
5	Минский	38,0	VIII	37,6	VIII	37,8	VIII	40,6	V	4892	II	365	I	45.25	V	253	VI	
6	Могилевский	41,3	VI	108,0	III	74,7	V	37,6	VIII	1521	V	327	IV	47,02	III	125	VIII	
7	Мозырский	19,3	IX	23,8	IX	21,6	IX	44,0	II	575	VII	318	VII	20,90	X	274	V	
8	Оршанский	45,3	V	104,7	IV	75,0	IV	39,0	VII	1237	VI	322	VI	50,86	I	321	II	
9	Полоцкий	29,4	VIII	80,0	V	54,7	VI	42,1	IV	299	VIII	267	X	33,00	VIII	282	IV	
10	Слуцкий	9,0	X	16,8	X	12,9	X	56,3	I	66	X	329	III	35,12	VI	86	X	
Средн. по Белоруссии		49,2	—	87,8	—	68,5	—	40,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Распространение заразных заболеваний в Белоруссии за 1924 и 1925 годы по данным ЦСУ (статистич. ежегодник за 1924 г. и календарь за 1925 г.).

№№ по порядку	НАЗВАНИЕ БОЛЕЗНЕЙ	Число заболеваний на 10.000 населен. в 1924 г.	Занимаем. место	Число заболеваний на 10.000 населен. в 1925 г.	Занимаем. место	Заним. место с 1904—1913 год во Всерос. масшт. по Гиршману	ПРИМЕЧАНИЕ
1	Сыпной тиф . .	11,5	IX	10,7	XII		Количество населения по Белоруссии за 1925 г. исчислено по 1-ое августа 1925 года.
2	Возвратный тиф . .	1,1	XXI	0,5	XXI		
3	Брюшной тиф . .	11,1	X	13,9	IX		
4	Дизентерия . . .	15,1	VII	11,9	X		
5	Скарлатина . . .	10,5	XI	33,3	VII		
6	Оспа натуральная .	0,4	XXII	0,5	XXI		
7	Корь	24,6	V	70,1	V		
8	Дифтерит . . .	7,3	XIII	9,1	XV		
9	Коклюш . . .	12,9	VIII	23,2	VIII		
10	Грипп . . .	123,9	I	218,5	I	II	
11	Малярия . . .	19,6	VI	34,0	VI	I	
12	Цынга . . .	1,9	XIX	2,4	XIX		
13	Гоноррея . . .	7,2	XIV	10,1	XIII		
14	Сифилис I стад. . .	1,6	XX	1,7	XX	III	
15	„ II „ . .	9,1	XII	9,2	XIV		
16	„ III „ . .	3,1	XVII	6,2	XVIII		
17	Легочн. туберкулез .	61,4	III	95,4	III	IV	
18	Костный „ .	4,9	XV	11,6	XI		
19	Трахома . . .	54,0	IV	91,5	IV	V	
20	Чесотка . . .	88,2	II	174,7	II		
21	Укушен. бешен. живот.	2,5	XVIII	7,5	XVII		
22	Парша . . .	4,8	XVI	8,7	XVI		

Как, у кого и чем лечится современная деревня (дер. Шаловичи, Ленинского с/с Слуцкого р. и окр.).

Студ.-медик БГУ **А. Д. Горбач.**

(Из хирургического кружка проф. С. М. Рубашева).

Начну с лечения различных травматических заболеваний, как наиболее часто встречающихся среди крестьян, особенно летом. На рану, нанесенную серпом, косой, топором или чем-либо другим вдали от деревни, накладывается временная повязка, состоящая из первой попавшейся под руку тряпки; для того же, чтоб она не присохла к ране, ее обычно смазывают пережеванным хлебом или на рану кладут листья любого растущего здесь растения. Дома рану обмывают холодной водой, заливают ее либо керосином, либо соком какого-то дикорастущего в огородах растения, либо настоем на крепком самогоне этого же самого растения или березовых почек—„березовкой" и завязывают чистой тряпкой; или же после обмывания завязывают рану тряпкой, смазанной так называемым „салом из пухира", которое приготовляется следующим образом: когда убивают откормленную свинью, ее мочевой пузырь („пухир") набивают кишечным салом и вливают туда же содержимое желчного пузыря; все это перемешивают; и вот этот пузырь является источником целебного средства для свежих ран вплоть до следующего убоя свиньи. Этим же салом охотно лечат и несвежие гноящиеся раны, предварительно освежив их: немилосердно сдирают весь гной вместе с грануляциями и сильно кровоточащую рану начинают лечить, как свежую. И только уже с сильно запущенными и тяжелыми ранами обращаются обычно во врачебную амбулаторию, находящуюся в трех верстах от деревни в мест. Ленино, или едут в г. Слуцк, отстоящий от деревни на 20 верст. Для остановки кровотечения из сильно кровоточащих ран обращаются обыкновенно к своему же односельчанину, знахарю, который „заговаривает кровь", т.-е. своими заклинаниями останавливает кровотечение. К нему же обычно обращаются и при сильных ушибах, безразлично сопровождаемых ли кровотечением или нет для „выговаривания удара". Как уже сами термины показывают, он к ранам совершенно не прикасается и никаких лечебных средств, за исключением заклинания шепотом, не применяет.

Вывихи и растяжения суставов лечат тем, что их путем натяжения стараются исправить, а затем навязывают на больное место нитку, спряденную на раданицу до восхода солнца, и в эту нитку ввязывают девять ржаных колец; делает это знахарь или знахарка.

Трещины в коже ног (на голенях и стопах), которые обычно появляются весной под влиянием загрязнения и атмосферных условий, лечат тем, что такую потрескавшуюся, очень болезненную кожу, обильно смачивают своею собственной мочой или на ночь смазывают

несоленым салом. Отдельные глубокие трещины, которые бывают довольно часто на загрубелой и вечно грязной подошвенной стороне ног или на ладонной стороне рук, заклеивают свеже добытой изнутри дерева еловой или сосновой смолой („живая смола“).

Опрелость на ногах, встречающуюся, главным образом, между пальцами, либо присыпают ржаной мукой, либо смазывают коломазью, а пальцы перевивают сухой ржаной соломой.

Различные кожные и подкожные абсцессы вначале воспаления, когда еще нет гноя, с абортивной целью лечат так: окунают несколько раз в кипяток или прикладывают сильно соленое перекислое ржаное тесто либо с той же целью смазывают коломазью. Если же нагноение все таки образуется, тогда с целью скорейшего вскрытия абсцесса употребляют одно из следующих средств: 1) смазывают тряпочку „тарпатыном“ и прикладывают к абсцессу; „тарпатын“—это смесь в расплавленном состоянии воска, сосновой смолы и несоленого сала; употребляется в застывшем виде; 2) прикладывают к абсцессу испеченный лук, натертый бельевым мылом; 3) листья различных растений, (свеклы, черемухи, придорожника и др.) смазанные молочными сливками; а есть одно растение („божье древко“), которое толкут вместе с несоленым салом и этой смесью лечат абсцессы. Воспаления флегмонозного характера согревают отрубями, которые варятся в молоке с питьевой содой, либо льняным семенем, сваренным тоже в молоке. К кожным и подкожным абсцессам подошвы ног, так назыв. „подбоям“, которые обычно очень долго не вскрываются из-за очень огрубелого верхнего слоя кожи, прикладывают человеческие испражнения, которые якобы вызывают быстрое вскрытие абсцесса; в ранней стадии эти „подбои“ с целью недопустить нагноения смазывают коломазью.

Холодные (золотушные) абсцессы лечат отваром в молоке особого сорта мелкой лозы—„ницы“.

Разрезы абсцессов популярностью не пользуются, и к ним прибегают в очень редких случаях.

Рожистые воспаления без нагноения лечат у знахарей, которые рожу либо „отсекают“, т.-е. над воспаленным местом ударами куска стали о кремневый камень вызывают искры, которые падают на больное место, либо ее „выжигают“. Воспаленный участок покрывают полотенцем, на котором сжигают несколько волокон льна; одновременно с этими процедурами производятся заклинания.

Рожу, сопровождаемую нагноением, лечат лягушечьей икрой, засушенной на тряпке.

Ожоги первой степени лечат смазыванием салом из пухира; второй и третьей степени—отваром коры ивы, либо постным маслом, либо присыпают золой от сожженных вымолоченных ржаных колосьев.

Отмороженные части смазывают гусиным салом.

Воспаления сухожильных влагалищ рук, что часто бывает при тяжелой физической работе, называют „грызью“ и лечат это заболевание тем, что больную руку грызет зубами первенец или тот, кто родился последним в семье; эта операция сопровождается многократным следующим приговариванием: „грызь грызу, каб не балела“ и после этих слов грызущий плюет на сук в дереве.

Различные боли ревматического характера лечат тем, что настоем муравьев на спирту (крепкий самогон) натирают больное место, либо такое же натирание производят лошадиным костным мозгом или настоем на спирту различных растений.

При изжоге и катаррах желудка принимают обильно питьевую соду. При сильных болях в животе употребляют тепло либо в виде

нагретой сковороды, либо нагревают куски верхнего слоя земляного пола—„натопки“ и прикладывают их к животу; кидают горшок на живот вместо банок; внутрь дают пить водку (самогон). При тошноте и отсутствии аппетита дают рюмку водки, смешанной с печной золой и толченым перцем.

При поносах дают пить отвар различных растений или едят с сахаром цветы дикой рябины (пижмы); детям пижму варят.

Против глистов смазывают скипидаром под носом, в подложечной области и дают пить скипидар; едят цитварное семя со ржаным тестом или медом, либо варят его в молоке, а также пьют настой этого семени на спирту.

При кровавом поносе пьют отвары различных растений, едят голубиное мясо, пьют отвар льняного семени или едят сваренные вместе сало, масло и ягоды черники.

При болях в груди и в боку излюбленным и очень распространенным средством являются банки; охотно употребляются также согревающие компрессы и различные потогонные чаи (малиновый, липовый, калиновый и др.). При простудном кашле пьют чай из калиновых ягод с пчелиным медом.

При сердцебиениях пьют отвар полыни или другого растения, известного под названием „сердечник“.

На простуженные ноги или при „подвереде“ ног („подверед“—заболевание ног от сильного физического перенапряжения) пускают на них пьявки для удаления „нечистой“ крови; с той же целью пускают пьявки на десна при зубных болях.

Против малярии употребляется ряд средств:

1) слинявшую кожу ужа жгут на углях и дышут этим дымом;
2) пьют отвары различных дикорастущих растений;
3) пьют отвар одногодовалых побегов из двенадцати видов дерев;
4) пьют лошадиную мочу;
5) пьют деготь;
6) рекомендуется больному обильно поесть того, чего ему особенно сильно хочется.

При укусе бешеной собакой теперь обычно сразу обращаются на Пастеровский пункт, имеющийся с этого года в г. Слуцке. Кроме этого, есть и свое домашнее средство—это отвар одного дикорастущего растения—„шаленец“; этот отвар дают пить как людям, так и животным. Некоторые охотно в таких случаях обращаются к знахарю, живущему где-то за десятки верст от нашей деревни, целебное могущество которого считается большим, чем помощь Пастеровской станции, так как по заверениям крестьян, он, знахарь, вылечивает даже уже взбесившихся людей, чего, как известно, еще не в силах сделать научная медицина.

При чесотке—(„кароста“) смазываются смесью чистого березового дегтя и синего камня или скипидара и парятся в духу жарко вытопленной печки; в таком смазанном виде ходят целую неделю, а потом моются; внутрь принимают смесь серы с водой, чтобы „выгнать болезнь изнутри“.

Против головных вшей смазывают голову смесью несоленого сала со столченным в порошок корневищем чемерицы.

Лишаи лечат той водой, какая в виде капель обычно свисает с оконных рам в парных крестьянских избах, или смазывают пораженные места сливками либо соком бородавчатых наростов на дубовых листьях.

При родах в деревне обычно присутствуют две бабки: одна в качестве акушерки, другая помогает ей и совершает обряд перевязывания пуповины—„бабит ребенка". При трудно протекающих родах их собирается гораздо больше. Никакой даже самой элементарной чистоты, разумеется, не соблюдается: ни одна из этих бабок не потрудится помыть свои руки, которыми они очень охотно лазят в родовые пути. После родов роженица обычно поднимается, ходит и даже работает в первые же сутки после родов. Новорожденному сразу после появления на свет дают сосать „суслу"—тряпку, в какую завернуто кислое ржаное тесто; делается это для того, чтобы ребенок не был обжорой.

В течение 2-3 дней к груди своей матери ребенка не прикладывают, чтобы он не сосал молозива, а обычно заставляют его или сосать „суслу" или просто голодать, либо приглашают кормить его грудью соседку-мать, имеющую своего уже более взрослого ребенка.

Быть бабкой при родах считается делом очень почетным и даже необходимым, так как, по народному поверью, те из старух, которые умрут, не побывав нигде бабкой при родах, на том свете будут трубить в конский половой член.

Как на пример неумелого и ужасно дикого отношения к роженице и родящемуся ребенку со стороны бабок, укажу на два случая родов при поперечном положении плода, кои имели место прошлой зимой в двух соседних деревнях: в одном случае бабки скопом тащили ребенка за ручку, пока ее не оторвали; в другом случае они захватили ребенка за туловище полотенцем и пытались его вытащить в сложенном виде; трудно себе представить те повреждения и муки, какие они нанесли роженицам, жизнь которых после доставки их в Слуцкую больницу была сохранена.

Знахарей в нашей деревне имеется четыре: трое мужчин и одна женщина. Один из них, как я уже писал, выговаривает удары, заговаривает кровь, отсекает рожу и выговаривает „падзiў". „Падзiў"— это заболевание от чужого глаза. Среди крестьян существует твердое убеждение, что любое заболевание, как у людей, так и у животных может возникнуть или осложниться от чужого „дурного" глаза. И поэтому при всяком заболевании, будь оно хотя явно травматического характера, не говоря уже о внутренних заболеваниях, в первую очередь выговаривают у знахаря „падзiву", а затем уже лечат упомянутыми выше средствами. Второй знахарь, как я уже тоже указывал, „выжигает" рожу. Третий—донской казак, заброшенный к нам войной и голодом—является универсальным знахарем: он лечит и людей и животных от всех болезней. Четвертая знахарка выговаривает „падзiў" и лечит „перепалах". „Перапалах"—заболевание от испуга. Лечит она путем шептания, сопровождаемого катаньем влажного комка печной золы по обнаженному животу больного.

Кроме того, в нашей же деревне есть полузнахарь—быв. ротный фельдшер, широко практикующий не только в своей деревне, но и за пределами ее. Лечит он разнообразнейшими лекарствами, добываемыми им как из аптек, так и приготовляемыми им самим из различных домашних средств. Он, использовывая глубокую веру крестьян в лекарства, все свое лечение и строит на последних и тем самым является во много раз вреднее для населения, чем шептуны-знахари.

В соседней деревне Лопатичи живет знахарка, к которой обращаются со всех окрестных деревень за помощью, главным образом, от различных детских болезней и воспалительно-гнойных заболеваний „скул". В дер. Невязцы, 4 версты от нашей деревни, живет шептун.

который выговариванием удаляет различные чужеродные предметы, попавшие в тело человека: иголки, дробь при ранении из охотничьего ружья, различные занозы и т. п.

В м. Ленино живет быв. ротный фельдшер, который до революции больше 10 лет работал в этом местечке на фельдшерском пункте и тем самым стал знаком окружающему населению. Теперь, несмотря на запрещение, он ежедневно принимает гораздо большее количество пациентов, чем местная амбулатория. Он также, как и его коллега в нашей деревне, лечит своими лекарствами, что в глазах крестьян является большим преимуществом перед амбулаторией, где дают только рецепты, а лекарства нужно брать в аптеках, в которых, по убеждению крестьян, могут дать совсем не то лекарство, какое прописывается в рецептах. В том же местечке живет местная уроженка, окончившая когда-то акушерскую школу; она в нашей местности является теперь специалисткой по абортам, хотя также не отказывается лечить и всякие заболевания, она также имеет свою аптечку.

Вот та печальная картина, которую и по сей день можно наблюдать в некоторых уголках Слуцка, и которая мешает Советской медицине проводить свои мероприятия по охране здоровья трудящихся.

Требуется большая упорная работа среди широких крестьянских масс, чтобы изжить все эти дедовские и знахарские суеверия и тем самым проложить путь к новому здоровому быту.

К вопросу о личной профилактике венерических болезней.

Профессор **В. Ю. Мронговиус**

Уже с давних пор применялись всякие средства против венерических болезней. Прокш определяет их числом 30, сюда входят: уксус, лимонная кислота, вино, спирт, eau de Cologne, Spiritus saponatus, Cuprum sulfuricum, Borax, kal. causticum, Aqua calcis, alumen crudum и др.—все в виде раствора для обмываний; но и ртуть не была забыта, она применялась в виде растворов сулемы, unguentum Neapolitanum и каломеля. Рекомендовались и многочисленные внутренние средства, а также прививки оспы и сифилизация.

Во второй половине XVIII-го века ученый Гунтер предложил, как профилактическую меру, смазывание члена жировым веществом; указывалось и на обрезание, как на профилактическую меру, тогда же был предложен и презерватив.

Презерватив, связанный с именем англичанина Кондома, по мнению Richter'a, существовал задолго до него, на это указывает опоэтизированный миф о критском царе Миносе, который при посредстве козьего мочевого пузыря защищал женщину от своего семени, „содержавшего змей, скорпионов и тысяченожек". Что касается филологии самого слова, то Richter усматривает корень в греческом Κovδi или в персидском Kendii, что значит чаша, сосуд (в смысле receptaculum seminis) и думает, что первоначальным назначением кондома было предупреждение беременности.

Pfister говорит, что изучение древне-египетских письмен и статуэток показывает, что профилактическое ношение чехлов для полового органа практиковалось еще в Египте за 6.000 лет до нашей эры. Эти чехлы, правда, имели несколько иное назначение, чем в настоящее время; египтяне применяли их, как предохранитель против distomum haematobium, возбудителя паразитарной гематурии, полагая, что он внедряется через уретру при купании в Ниле.

Кондом, иначе презерватив, в настоящее время приготовляется из рыбьего пузыря или еще лучше из гуттаперчи, он целиком покрывает penis, вследствие чего кожа penis'a при сношении совершенно не приходит в соприкосновение со слизистой оболочкой женских половых органов; но и при таких обстоятельствах может произойти заражение, дело в том, что и кондом покрывает только penis, между тем инфекция может произойти и на коже мошонки, и на лобке, и на бедрах, если у женщины в соответствующих областях были заразительные проявления сифилиса; далее, кондом может порваться и тогда он теряет всякое значение профилактического средства.

Кондом сам может служить передатчиком заразы, это бывает в публичных домах, где продаются кондомы, уже бывшие раз или несколько раз в употреблении.

Но как бы там ни было, кондом прекрасное профилактическое средство в руках не очень легкомысленного, не очень торопливого клиента. Д-р Бляшко говорит, что более, чем двухсотлетнее существование кондома спасало здоровье многих сотен тысяч и даже миллионов людей и кто знает, если бы не было кондома, не поразил бы сифилис всех без исключения. Изобретатель кондома заслуживает, по мнению Бляшко, такой же благодарности со стороны человечества, как Дженнер, открывший оспопрививание.

К сожалению, кондом не пользуется особенной популярностью у публики и часто применяется не как средство, предохраняющее от венерических болезней, а как средство, предохраняющее от беременности.

Кондом есть механический профилактикум от заражения. Перейдем теперь к лекарственным профилактическим средствам. Так как сифилис чаще всего поражает кожу penis'a, а гоноррея—слизистую оболочку канала, приходится отдельно рассматривать лекарственные профилактические средства при той и другой болезни.

Открытием Credé в 1881 году был указан путь для лекарственной профилактики гонорреи.

Credé предложил впустить по одной капле 2 проц. раствора arg. nitr. в глаза всем новорожденным и этим сократил и довел до минимума число заболеваний бленорреей новорожденных.

Способ Credè ясно доказывает, что гонококки гибнут от 2 проц. раствора ляписа и казалось бы этот способ должен был быть действительным и при триппере. Но прошло много времени, прежде чем этот способ стал достоянием широкой публики.

Уже в 1884 году гинеколог Sänger предложил инстиляции 2 проц. arg nitr. для профилактики гонорреи, а год спустя в 1885 году доктор Гаусман предложил ин'екции 2 проц. ляписа для той же цели. И тот и другой способ вызывали такое сильное раздражение слизистой канала, что оба автора сами скоро отказались от своих предложений.

Считаю нелишним здесь остановиться в нескольких словах на двух случаях из моей практики. Вполне здоровый пациент 44-х лет, по образованию фармацевт, после сношения с подозрительной женщиной, впрыснул себе в канал 2 проц. раствор ляписа. Получившуюся течь он принял за первые проявления болезни, поэтому, не долго думая, впрыснул себе 5 проц. раствор ляписа, который сам же приготовил; еще более усилившуюся течь он хотел остановить частыми впрыскиваниями уже 10 проц. раствора ляписа. Результатом такого самоистязания были urethritis, cystitis, затем nephritis и через 3 года смерть от уремии.

Второй пациент, по профессии фотограф, впрыснул себе в канал, после подозрительного сношения, 10 проц. раствор сулемы.

Эти случаи доказывают, насколько необходимы правильные знания об аутопрофилактике венерических болезней во избежание повторения подобных явлений.

Другой оборот приняло дело, когда д-р Блокузевский в 1895 г. предложил свой приборчик, названный им „samariter" для профилактических целей. Этот приборчик представляет собой капельницу, дающую возможность впустить 2 проц. раствор ляписа каплями и только в fossa navicularis penis'a. Блокузевский исходил из того соображения, что гонококки сейчас же после сношения могут находиться разве только в самом начале канала, т. е. в fossa navicularis. Он советует поступить следующим образом: после сношения немедленно, если только возможно, помочиться, чтобы током мочи механически вымыть попавшие

в канал гонококки, затем впустить себе две капли 2 проц. arg. nitric., которые оставлять в канале в течение 10-15 секунд. Исследования показали, что 2 проц. раствор arg. nitr. убивает гонококки в 5 секунд, 1 проц.—убивает только в 25 секунд. Поэтому он настоятельно рекомендует 2 проц. раствор. Улучшение техники значительно уменьшило число раздражений.

Когда стало известно хорошее действие протаргола при лечении гонорреи, Welander и Ernst Frank предложили пользоваться протарголом при аутопрофилактике, Welander предложил 4 проц. раствор в количестве 5-6 куб. сант. впрыскивать в переднюю часть канала и задерживать его в канале в течение около 10-ти минут. Он произвел следующие опыты.

В переднюю часть канала здорового человека он внес каплю трипперного гноя, который кишел гонококками, оставил его там в течение 10-ти минут, затем заставил человека помочиться; после мочеиспускания впрыснул в канал раствор протаргола и задержал его в канале в течение 10-ти минут—результат отрицательный, заражения не произошло.

Экспериментируя таким образом дальше, он постепенно удлинял время пребывания гноя в канале и только у 15-го подвергавшегося эксперименту, у которого гной был удержан в канале в течение 6-ти часов, оказались при исследовании гонококки, но совершенно не жизнеспособные, которые несколькими последующими впрыскиваниями тогоже протаргола были уничтожены. Ни в одном случае заражения триппером не произошло. На основании своих опытов д-р Welander рекомендует свой способ, как верный способ при аутопрофилактике гонорреи. Веландер говорит, что раздражения канала были весьма незначительны, часто совершенно отсутствовали.

Способ Welander'a обратил на себя внимание врачей, которые, признавая большое профилактическое значение его, всетаки указывали на часто случающиеся раздражения канала.

Вскоре д-р Ernst Frank опубликовал свои эксперименты, он придерживался инстиляционного способа Блокузевского, т. е. впускал в fossa navicularis всего только 2 капли протаргола, усилив значительно его концентрацию. Этот способ оказался больше приемлемым, потому что, будучи введен в небольшом количестве всего только 2 капли и только в самую начальную часть канала, он вызывал значительно реже раздражение канала.

Эрнст Франк производил свои опыты следующим образом: платиновой петлей он вводил сейчас же за губками orificium externum urethrae каплю трипперного гноя, затем той же петлей растирал слизистую fossa navicularis, чтобы вызвать приток крови к слизистой оболочке, далее, переждав 10 минут, он впускал в fossa navicularis две капли 20 проц. протаргола. Параллельно с этим опытом, он делал контрольные, т. е. вводил другим лицам тоже количество гноя, также растирая его по слизистой оболочке, но не впрыскивая протаргола. Результаты у всех получились следующие: все, кому был впрыснут протаргол, остались здоровыми, слизистая оболочка их не показала никаких признаков воспаления, наоборот все контрольные номера заболели триппером.

Эти весьма тщательно проделанные опыты доказали, что инстиляции 20 проц. глицериновым раствором протаргола сейчас же после сношения, должны служить верным профилактическим средством против заражения триппером.

Франк произвел еще дополнительные опыты in vitro и доказал, что 20 проц. раствор протаргола убивает гонококков в 5 секунд.

Способ Франка был подвергнут многим модификациям, но эти модификации существенных улучшений не дали. Следует указать, еще на альбаргин, который, по исследованиям Блокузевского и Пиорковского, в 3 проц. растворе убивает гонококки в 10 секунд, в 4 проц.— в 5 секунд., а в 5-ти проц.—моментально; по совету Блокузевского альбаргин для профилактических целей применяется в 8-ми проц. растворе и на холеваль, рекомендованный Пиорковским—в $2^1/_2$ проц. эмульсии.

Для решения вопроса, насколько действительна аутопрофилактика венерических болезней, необходима статистика, но, как известно, статистические данные в половых вопросах далеко не точны. Самые лучшие из них—это санитарные отчеты по армиям.

Так, гарнизонный врач гор. Буда-Пешта Feistmantel снабдил одну половину гарнизона профилактиками, другую—оставил без них. И вот в течение одного и того же времени первая половина дала 20 проц. заболеваний триппером, а вторая—60 проц. Следовательно, $^2/_3$ первой половины были спасены от заболеваний профилактическими мерами, что же касается 20-ти проц. заболеваний у первой половины, то они относятся к новобранцам, принесшим с собой свой триппер. Д-р Тандлер сообщает, что в воинской части, находившейся в Пекине, где возможность заражения очень велика, после того, как все меры общественной профилактики оказались тщетными, был отдан приказ, что всякий солдат, не воспользовавшийся после сношения профилактическими мерами, будет строго наказан; результатом этого было, что на 1560 профилактических инстилляций в течение 2 лет было всего 15 заражений гонорреей.

Никаких скверных последствий после этих инстилляций д-р Тендлер не наблюдал. И другие авторы, как Lesser, Gräser, Benario, сообщают о хороших результатах аутопрофилактики гонорреи.

Особенно интересны сообщения д-ра Siebert'а: отряд из 750 челов. отправился из Германии в восточную Азию; по дороге транспортное судно заходило во многие гавани, где свирепствовали венерические болезни. В отряде была введена обязательная профилактика 2 проц. раствором ляписа. Остановки в гаванях продолжались всего несколько часов, так что у людей не было времени выбирать женщину, и они хватали первую попавщуюся. Несмотря на эти условия, из 475 солдат, подвергнувшихся инстилляциям, заболело гонорреей всего 2 человека. Если, по словам знатоков, принять во внимание, что при упомянутых обстоятельствах всякий coitus сопровождался заражением, то это—блестящий результат.

Наконец, санитарные отчеты германского флота 1907 года постоянно упоминают о хороших результатах профилактических мер при гоноррее, причем всюду подчеркивается, что вредных последствий никогда не было.

Санитарный отчет 1910 года даже указывает на значительное сокращение числа заболеваний гонорреей и приводит это явление в связь со строго проведенной профилактикой.

Все эти данные доказывают громадное значение профилактических мер при гоноррее. Правда, иногда эти меры оказываются недостаточными, иногда они вызывают небольшие раздражения канала, но эти недостатки профилактики гонорреи ни в коем случае не могут поколебать ее громадную пользу.

Перейдем теперь к аутопрофилактике сифилиса.

Прежде всего я должен упомянуть о circumcisio—обрезании, как профилактическую меру. Известно, что большая часть твердых шанкров бывает на praeputium и glans penis, у лиц необрезанных покров головки и praeputium представляет характер слизистой оболочки, которая очень часто в виду раздражения смегмой представляет картину балянита, сопровождающегося ссадинами, а иногда и из'язвлениями; ясно, что такая слизистая оболочка (кожа) при immissio penis in vaginam подвергается гораздо большей опасности заражения, чем огрубевшая слизистая оболочка (кожа) у лиц циркумцидированных. Статистические данные по этому вопросу, как и вообще в вопросах половых, представляют мало достоверных фактов.

Приведу только наблюдения д-ра Брейтенштейна. В голландской индийской армии он в течение года среди 15.000 солдат туземцев-магометан, т. е. циркумцидированных наблюдал всего 8 на тысячу заражений сифилисом, в то же время, среди 18.000 европейских войск, т. е. не циркумцидированных—41 на тысячу, т. е. пять раз больше, чем в первом случае.

Брейтенштейн приписывает этот результат своих наблюдений исключительно циркумцизии. Другие авторы подтверждают эти наблюдения, но экспериментально и вполне научно вопрос этот не разработан.

Некоторую защиту против заражения представляет смазывание penis'а жировым веществом, о чем я уже упоминал. Жировое вещество только потому представляет некоторую защиту, что значительно уменьшает трение, облегчает immissio penis in vaginam.

Большое значение этой мере придавать не следует.

Хорошие результаты, которые уже издавна известны, получающиеся при лечении сифилиса ртутью, естественно, навели на мысль, что следует пользоваться ртутью для профилактических целей; так, Берман советывал смазывать половые части перед coitus'ом unguento cinereo Тандлер советовал обмывать после coitus'а половые части сулемой 1 на 1000. Д-р Siebert в отчете по флоту сообщает, что обмывание половых частей после сношения раствором сулемы 1 на 1000 и заматывание члена марлей, смоченной тем же раствором, дало хорошие результаты, хотя иногда и бывали заражения, несмотря на точные применения вышеуказанной меры.

Исходя из того предположения, что кожный жир, который выделяется железами крайней плоти (смегма), препятствует прониканию сулемы в кожу, советовали перед употреблением сулемы энергично обтирать член бензином и эфиром, а затем уже применять сулему, или же пользоваться следующим раствором: Sublimati 2,0 Ather, Spiriti vini, aq. dest aa 333,0.

Личная профилактика сифилиса стала в совершенно иные условия, в условия научного эксперимента, когда Мечниковым и Ру была доказана возможность переноса сифилиса на животных.

Когда Мечников и Ру в 1903 году в Париже впервые демонстрировали шимпанзе, которому они привили сифилис, то проф. Фурнье первый предложил воспользоваться этим великим открытием для аутопрофилактики сифилиса. Первый опыт в этом отношении был проделан Мечниковым и Ру следующим образом; они привили макаке в веко сифилитический яд, взятый от человека, и через час после этого энергично растирали это место сулемой 1 на 1000 в течение 4-х минут; спустя три недели на этом месте появился типичный склероз. Этим сразу было опровергнуто профилактическое действие сулемы, потому

что, говорят они, если сулема в эксперименте, где было точно известно, куда попала зараза, не предохранила от заразы, то как же сулема может предохранить от заражения после сношения, когда совершенно неизвестно, в какое место кожи члена попала зараза. Очевидно, сулема не способна проникнуть глубоко в кожу, в те маленькие нарушения кожи, которые могли образоваться при сношениях. Так как опыты с сулемой оказались неудачными, то оба автора предложили мази и прежде всего серую ртутную мазь; эта мазь, втертая в инокулированное сифилитическим ядом место у шимпанзе и макаки, через час после инокуляции, предохранила их от заболевания. Так как первая мазь очень раздражала кожу, то стали пробовать другие ртутные мази и все они дали благоприятные результаты в эксперименте; применялись мази каломельные и преципитатная в концентрации 25-30 проц. Мечников привил шимпанзе, павианам и макакам большие дозы сифилитического яда и, несмотря на это, после применения мазей никогда не наступало заражения, даже если от прививки до втирания мази проходило до $8^1/_2$ часов. Сифилитический яд, безразлично—был ли он привит в кожу века, в penis или в другом каком либо месте, уничтожался ртутной мазью. Всякий опыт сопровождался контрольным опытом и, таким образом, проверялась вирулентность сифилитического яда.

Эти опыты на животных Мечников и Ру имели возможность проверить и на человеке. Молодой медик, по фамилии Maisoneuve предложил себя для этой цели.

1-го февраля 1906 года Мечников и Ру в присутствии трех известных дерматологов, привили Maisoneuve'у в разных местах члена свежий сифилитический яд, взятый от двух больных. В тот же день, тот же сифилитический яд привили 4-м макакам в области бровей. Спустя час после прививки Maisoneuve'у и одной из привитых макак, а через 20 часов и второй макаке была втерта свеже приготовленная каломельная мазь (10 на 30); две остальные макаки были оставлены, как контрольные номера, без лечения. Результат эксперимента был следующий: обе контрольные обезьяны через 17 дней и та обезьяна, которой была втерта мазь через 20 часов после прививки, на 39-й день дали типичное склерозы на бровях, между тем как у Maisoneuve'у и у макаки, которой мазь была втерта через час после прививки, никаких сифилитических явлений и после многомесячных наблюдений не оказалось. Таким образом, 30 проц. каломельная мазь, через час после прививки, предохранила и человека и обезьяну от заражения, примененная же через 20 часов она своих предохраняющих свойств проявить не могла. Дальнейшие опыты Мечникова показали, что мазь должна быть по меньшей мере 25 проц. концентрации, более слабая мазь не оказывает своего профилактического действия.

Эксперименты Мечникова и Ру заставили целый ряд авторов заняться вопросом об аутопрофилактике lues'а.

Здесь не место подробно останавливаться на этапах развития учения о lues профилактике, укажу только на Neisser-Siebert'овскую дезинфекционную мазь и на мазь Шерешевского.

Neisseru-Siebert составили мазь, не содержащую жировых веществ, следующего состава: Sublimati 0,3, Natr.chlor 1,0, Tragacauthi 2,0, Amylum 4,0 Gelatini 0,7, Alcohol 25,0, Glycerin 17,0, Aq. dest. ад 100,0; по их наблюдениям там, где спирохеты войдут в соприкосновение с этой мазью, они безусловно погибнут.

Особенно много работали над вопросом о lues профилактике Шерешевский, Worms, Levaditi и др. Шерешевский, на основании целого

ряда экспериментов на кроликах и обезьянах, пришел к заключению, что 40 проц. хинная мазь (chinin muriat lanolim anhydric aa 40,0 Glycerini puriss 100,0) безусловно уничтожает бледную спирохету, будучи втертой в инокулированное место. Ему удалось проверить действие хинной мази на шофферах 4-х санитарно-автомобильных отрядов одной из армий, во время войны, из которых два отряда были снабжены хинной мазью, а другие два отряда считались контрольными; в снабженных профилактиками ни один из шофферов сифилисом не заболел.

Шерешевский и Вормс пред'являют следующие требования: lues—профилактикуму: 1) спирохеты, приведенные в соприкосновение между покровным и предметным стеклами с профилактическим средством, должны немедленно погибнуть; 2) профилактическое средство, нанесенное на сифилому у человека или животного, должно вызвать умерщвление или, по крайней мере, значительное ограничение жизнедеятельности спирохет; 3) при опыте заражения животного, который должен быть произведен, по возможности, на лбу обезьяны и соединить одновременно и опыт и контроль (метод Шерешевского) средство должно проявлять свое действие еще через 5 часов после заражения; 4) профилактическое средство должно быть обязательно испытано на людях.

Из всего изложенного видно, что общим предохранительным средством против всех венерических болезней является только кондом, лекарственные средства отдельно применяются против триппера в виде ляписа 2 проц. раствора, протаргола в 20 проц. глицериновом растворе, альбаргина в 5-ти—10-ти проц. растворе, холеваля в $2^1/_2$ проц. эмульсии; против сифилиса же—каломельная мазь $33^1/_3$ проц. (некоторые авторы, впрочем, ее профилактическое значение совершенно отрицают). Neisser-Siebert'овская дезинфекционная мазь и особенно действительная 40 проц. хинная мазь Шерешевского.

Профилактические средства применяются следующим образом: после сношения, не позже чем через 2 часа, моют половые органы водой и мылом, затем обтирают их спиртом, после этого, раздвинув orificium, впускают в fossa navicularis две капли противотрипперного раствора, а glans penis орошают несколькими каплями того же раствора; далее, опять раздвинув orificium туда вмазывают противосифилитическую мазь, затем втирают в головку и весь penis ту же мазь.

Для удобного применения профилактических средств некоторыми заграничными фирмами выпущены в продажу особые приборчики под названиями: „Samariter“, „Talisman“, „Duanti“, „Athena“, „Halla“, „Antivenerin etc“.

Применение средств личной профилактики венерических болезней, как это ни кажется простым теоретически, на практике встречает много затруднений для своего применения; надо всегда иметь при себе приборчики с обоими лекарствами и против сифилиса и против триппера, надо уметь их применить, иначе действие профилактического средства может оказаться недостаточным; не надо торопиться, мази надо применять и до и после сношения, перед применением профилактического средства надо хорошенько вымыть половые части водой и мылом и обтереть спиртом, дабы в минимальных складках или рагадах не оставались комочки слизи, в которых могут застрять спирохеты и т. д. Все эти затруднения могут быть избегнуты устройством, по образцу западно-европейских армий во время войны, дезинфекционных комнат, куда мог-бы обращаться всякий, имевший сношение, во всякое время дня и ночи, где хорошо вышколенный лекпом производил бы lege artis, профилактику.

Наблюдения доказали, что профилактика, произведенная при таких условиях, оказалась более действительной, чем аутопрофилактика в руках клиента.

Не надо думать, что предложенные профилактические средства всегда при всяких обстоятельствах гарантируют от заражения венерическими болезнями; но там, где эти средства войдут в соприкосновение с возбудителями болезней, последние безусловно погибают: может случиться, что где нибудь в какую нибудь незаметную рагаду, куда попали спирохеты, не попадет профилактическое средство и там произойдет заражение; следовательно, всегда остается некоторый риск. Но это нисколько не умаляет практическое значение профилактических средств, как ни умаляется значение всех наших специфических средств, хотя и для них встречаются, так называемые, Versager'ы.

Еще несколько слов о личной профилактике при внеполовом „бытовом" сифилисе. Только применение обще-гигиенических мер может предупредить здесь заражение. Сифилитику, в заразительной стадии, надо указать те способы, каким он может передать заразу и как ее избегнуть; вообще же нужно избегать поцелуев, отменить рукопожатие, пользоваться всегда чистой посудой, не пить из стаканов с отбитыми краями, не бриться чужой бритвой и т. д. и т. д. В случае же невольного нарушения указанных правил, следует пришедшие в соприкосновение с предполагаемым источником заразы части обмыть сулемой 1 на 1000.

Все до сих пор изложенное о личной профилактике касалось исключительно мужчин; у женщин дело обстоит иначе. Благодаря анатомическому устройству половых частей женщин, невозможно у них применить дезинфекцию с такой уверенностью, как у мужчин. Самое лучшее из средств—это опять таки кондом, который должен одевать мужчина перед сношением. Всетаки желательно, чтобы после всякого подозрительного сношения женщины проспринцовывали влагалище раствором сулемы или марганцево-кислого калия, чтобы таким образом удалить попавший может быть гонококк, но полагаться на это совершенно нельзя. Если женщина обратится к врачу вскоре после сношения, врач, после основательных дезинфецирующих промываний, должен смазать влагалище, уретру, шейку матки раствором ляписа, или протаргола, или ихтаргана, кроме того должен ввести в уретру комочек ваты, смоченный в одном из этих растворов. Этим и ограничиваются все мероприятия у женщин.

Здесь же нельзя не остановиться на том перевороте в терапии сифилиса, который произвел Ehrlich своими препаратами, нельзя не указать на то большое профилактическое значение, которое по праву принадлежит сальварсану. Сальварсан уменьшил в значительной степени заразительность сифилитиков и тем самым распространение его. По данным некоторых авторов при старом методе лечения приблизительно 20 проц. сифилитиков теряли свою заразительность, остальные 80 проц. продолжали распространять сифилис в течение еще многих лет после заражения; при сальварсанном же лечении приблизительно 15 проц. сифилитиков останется заразительными, остальные 85 проц. не заразительны и не опасны для окружающих, в большинстве случаев уже после 1-го курса лечения. Только влиянием сальварсана мы можем об'яснить, почему сифилис, несмотря на все благоприятные для распространения его условия, созданные войной и революцией, не поразил нас всех...

Но не в этом только лежит великое общественное значение сальварсана, сальварсан не только делает больного незаразительным,

но во время примененный он вылечивает сифилитика и предохраняет его от поражений центральной нервной системы, а его потомство—от последствий врожденного сифилиса. В этом отношении важное значение имеет первичный сифилис; особенно тот его период, когда не произошли еще изменения в крови, когда W. R. остается отрицательной; в этот период несколько вливаний (6-7) приводят к полному выздоровлению. Нужно эти сведения распространять среди народа, каждый рабочий, каждый крестьянин должен знать, что шанкр есть первое проявление сифилиса, что при шанкре должно быть проведено общее лечение сальварсаном, которое избавит его и его потомство от всех последствий сифилиса, а окружающих от опасности заразиться от него, а каждый врач, где бы он ни жил, в деревне или в городе, должен уметь и иметь возможность бактериоскопически поставить во время правильный диагноз; если бы оказалось возможным найти все новые случаи заражения сифилисом и провести абортивное лечение их, то сифилис, этот бич человечества, быстро был бы побежден.

Но дело не только в абортивном лечении, а в том, что сальварсан обладает значительным превентивным действием; уже давно известно, что в случаях весьма вероятного заражения, в первые дни после сношения с активной сифилитичкой, сальварсан, примененный в виде обычных вливаний, предупреждает развитие сифилиса, уже заразившийся суб'ект остается здоровым; поэтому во всех случаях вероятного только заражения следует применять сальварсан, это не значит, что мы такому больному приклеиваем на всю жизнь ярлык сифилитика; ведь большая разница между результатами лечения до появления сальварсана и теперь; если тогда слишком ранним лечением до постановки точного диагноза, вероятный сифилитик превращается в действительного, то теперь мы ранним лечением вероятного сифилитика превращаем в здорового человека. Поэтому при всяком вероятном заражении надо применять сальварсан, как превентивное средство.

Могут мне возразить, что сальварсан не безразличное средство для организма человека, что он дает всякие осложнения и даже смертельный исход; но осложнения бывают вообще редко, а смертельный исход бывает 1 на 105000 вливаний по статистике Wechselmann'а и 1 : 162792 по стастистике Кельнской, другими словами опасность летального исхода минимальная, с которой совершенно нельзя считаться, т. к. каждое лекарство при случае может дать осложнение и даже смертельный исход.

Есть еще одно заболевание, при котором следовало бы применять превентивное лечение сальварсаном, это—мягкий шанкр. Дело в том, что по виду мягкий в действительности является смешанным шанкром; мне приходилось такой случай наблюдать весною 23 года в Симферополе, типичный мягкий шанкр с едва заметным и равномерным увеличением, с обоих сторон, паховых желез, дал через 7 недель типичную сифилитическую розеолу; в 1906 году в клинике Лассара д-р Майор на лекциях для врачей говорил, что в Берлине нет мягких шанкров, есть смешанные шанкры и твердые. Haxthausen, Thibierge, Legrain говорят, что стрептобациллы придают атипическое течение сифилису, не бывает типических регионарных аденитов, склерозирования первичного аффекта, бактериоскопически отсутствуют спирохеты, RW отсутствует, запаздывает или слабо выражена. Не останавливаясь дальше на этом вопросе думаю, что там где почему либо невозможно произвести более точное исследование (пункция желез, пункция шанкра,

исследование экстракта, вырезанных кусочков etc по E. Hoffmann'у) следует прибегнуть к превентивному лечению сальварсаном. Случаи с вероятным врожденным сифилисом могут и должны также служить об'ектами для превентивного лечения сальварсаном.

В последние 3 года целый ряд авторов, особенно французских (Fournier, Levaditi, Navaro-Martin и др.) указывают на прекрасное действие стоварсола (спироцида) применяемого внутрь как с лечебной, так и с профилактической целью. Нечего и говорить каким громадным шагом вперед было-бы в вопросе об аутопрофилактике сифилиса, особенно при бытовом сифилисе, если-бы внутренними приемами лекарственного вещества можно было бы предотвратить заражение сифилисом. Окончательно вопрос о стоварсоле (спироциде) еще не решен.

Важнейшая литература:

1. *W. Worms.* Zentralblatt für Haut u. Geschlechtskrankheiten Band IX Heft 6/7.

2. *Schereschewsky B.* k. W. 1919 № 32; 1920 № 48; D. m. W. 1919 № 23; 1922 № 45.

3. *Schereschewzky* u. Worms. D. Z. 1921; B. k. W. 1921 № 44.

4. *Max. Müller.* Die persönliche prophylaxe der venerishen Krankheiten.

Розентул. Р. В. Д. 1925 № 2.

Юкелис. В. и Д. 1925 № 6.

E. Hoffman D. Z. 1914; D. m. W. 1919 № 36 и проч.

К вопросу о водоснабжении и канализации в окружных городах БССР.

Д-р П. М. Ведерников.

Правильная постановка дела водоснабжения, а равно уборки нечистот и отбросов, для всех, без исключения, окружных городов Белоруссии, является основным и ударным вопросом общественной санитарии.

Анализируя истинное положение вопросов водоснабжения и канализации в данный момент, мы видим, что принципы общественной санитарии были чужды строителям белорусских городов.

Веским показателем санитарной культуры прошлого служат нарушения требований азбучных санитарных принципов. Эти нарушения для растущих городов в конечном счете явились большой санитарной угрозой для населения и вопросы обеспечения центральным водоснабжением и канализацией предстали на разрешение, как вопросы дня, не терпящие дальнейшего отлагательства, как неотложные вопросы городского благоустройства.

О величине окружных центров по данным Окрздравов и о степени их обеспеченности одним из видов благоустройства первой необходимости можно судить по нижеследующей сводке:

	Минск	Витебск	Могилев	Полоцк	Мозырь	Орша	Калининск.	Бобруйск	Борисов	Слуцк
Число владений по пер. 1923 г.	6.472	7.141	4.648	2.046	866	1 762	1.051	3.489	1.988	1.709
Число жителей .	114.742	93.247	45.095	2.0024	8.865	21.404	6.684	38.000	19.047	14.172
Центр. водоснабж. обеспечивает .	70%	70-80%	25%	—	до 80	—	—	—	—	—
Канализация . .	о т с у т с в у е т (если не считать частичную в Могилеве, Минске, Слуцке и др., где имеются биолог. установки для больниц)									

Таким образом, при полном отсутствии канализации, о центральном водоснабжении возможно говорить только в отношении городов Минска, Витебска, Могилева и Мозыря, водопроводы которых с элементами, входящими составными частями, допускают возможность общественного водопользования. Правда, имеются, и даже по нескольку, водопроводные сооружения в других городах, как напр. в Полоцке, Бобруйске, Орше, но вряд-ли водопроводы этих городов возможно отнести к разряду центральных установок водоснабжения, так как они

прежде всего имеют характер местного водопользования без соответствующей водопроводной сети и являются скорее более совершенными способами индивидуального использования источников водоснабжения.

Население городов, не имеющих центрального водоснабжения, а равно и часть населения городов, располагающих недостаточным водоснабжением центральным, пользуются водой колодцев и открытых водоемов. Каково это водопользование, можно судить по определению д-ра Казанской в статье о водоснабжении, наиболее благополучного в этом отношении г. Минска, где водой Гор. Центр. Станции, подозрительной с санитарной точки зрения, пользуются 70 проц. населения, 30 проц. горожан употребляют колодезную воду, на 16 проц. находящуюся под постоянной угрозой загрязнения и 14 проц. населения пьют явно негодную воду.

Население г. Могилева в количестве 75 проц., проживающее вне городского центра, обеспечиваемого удовлетворительной водой из городского водопровода,- пользуется водой 39 буровых абиссинских, 100 открытых копаных колодцев и открытым водоемом реки Днепра. Днепровскую воду признать вполне рекомендуемой для питья невозможно по одному тому, что Днепр, имеющий сам по себе воду удовлетворительного качества, является, особенно в половодье, местом стока уличных вод со всех мест города. Что касается открытых копаных колодцев и буровых абиссинских, то вода в них вообще подозрительного свойства, т. к. содержит в себе все продукты загрязнения,— азотную, азотистую кислоту и аммиак.

Чтобы закончить характеристику водоснабжения городов, в которых центральное водоснабжение совершенно отсутствует, остается дать в сводке характерный материал обследования колодезного водоснабжения по г. Орше, где обследование санврача Бенингсон охватило 56 колодцев.

Из числа обследованных колодцев: бетонных—9, абиссинских—6, шахтных с деревянным срубом—41.

По расположению колодцы распределяются: расположенных во дворе—22, в огороде—4 и на улице—30. Приводимые данные расположения колодцев характеризуют тенденцию населения располагать колодцы на улице.

В отношении факторов, загрязняющих колодцы, последние имеют расположение вдали от построек усадеб—30 проц., непосредственно окруженные надворными постройками—14 проц., на расстоянии от жилья, уборных, скотского двора и пр. до 5 саж.—37,5 проц., до 10 саж.—18 проц.

Глубина колодцев колеблется от 2 до 18 саж. Колодцев глубиною в 8-10 саж.—50 проц., и 2-3 саж.—около 14 проц., от 3 до 5 саж. —около 8 проц., от 5 до 8 саж.—около 20 проц. и больше 10 саж. около 8 проц.

С высотою сруба над поверхностью почвы ниже 1 арш. 20 проц., в 1 арш.—16 проц. и в 1 с чет.—полтора арш.—64 проц. Земляной накат имеется у 70 проц., из коих около 6 проц. с накатом глинистым. Не имеется совершенно наката у 8 проц., столько же имеют накат деревянный (досчатый) и каменный (преим. щебень) накат оборудован в 14 проц. Около 8 проц. колодцев требуют восстановления разрушенных накатов. Большинство шахтных колодцев, около 70 проц. их общего числа, не имеют ни крышек, ни навесов.

Общая бадья имеется только в 4 проц. Достается вода из колодцев веревками, приносимыми из дома, в 16 проц., посредством

ворота, блока, лебедки, конным приводом и журавлем в 74 проц., ручным насосом—8 проц. и просто черпаком—2 проц.

Из общего числа колодцев, замерзающих зимой, 4 проц., высыхающих летом—2 проц. и с малым количеством воды вообще—2 проц. По году постройки: колодцев вырыто с 1875 по 1905 г.г.—около 41 проц., с 1906 по 1915 г.г.—27 проц.; с 1915 по 1920 г.г.—19 проц. и с 1920 по 1925—13 проц. Ремонты проведены до 1917 г. на 6 проц., после 1917 г. около 70 проц., не отремонтированных и требующих восстановления около 12 проц.

По качеству воды колодцев удовлетворительных до 85 проц., но и среди них большое число дающие воду с солевым, известковым и даже мусорным осадком, с запахом карболки, солоноватостью.

Несмотря на массовой ремонт колодцев после 1917 года, достаточное количество их требует ремонта сгнивших срубов и капитальной очистки.

Таково вкратце состояние колодезного водоснабжения в Орше, которое мало чем отличается от положения с водоснабжением в других подобных пунктах Белоруссии.

Центральное водоснабжение в городах: Минске, Витебске, Могилеве и Мозыре, по данным обследования последнего года, представляется в следующем виде:

	Год постройки водопровода	Дата капит. ремонта вод.	Длина сети в погонных саженях	ЧИСЛО		Себестоимость ста ведер воды	Продажная стоимость 100 ведер воды	Число влад., присоед. к водопр. по отнош. к общей ч. их в гор. в 0/0 0/0
				Водоразб. будок	Водоразб. кранов			
Минск	1871-74	—	20170 (50клм)	—	14 +52	12 к.	25 к.	16,3 проц.
Витебск . . .	1897	1913	17500	12	30	18 к.	20 к.	25,6 „
Могилев . . .	—	1917	4750	4	—	20 к.	—	8,8 „
Мозырь . . .	1900	1925	3720	14 поясарн.	— —	14 к.	20 к.	87,6 „

Источниками центрального водоснабжения служат:

1. В Минске 5 Бруклинских железных колодцев, глубиною по 10 саж. и один артезианский глубиною в 131 саж., которые расположены на территории Водопр. Электр. Станции в черте городского поселения.

2. В Витебске—3 артезианских колодца глубиною до 12 саж., расположенных выше населенного места города, на берегу ручья Сутоки, впадающего в Зап. Двину.

3. В Могилеве—2 артезианские скважины, глубиною в 42 и 70 с., расположенные на берегу реки Днепра в черте города.

4. В Мозыре—река Припять в районе города, с забором воды из середины реки.

Из составных частей водопровода имеются водо-напорные резервуары в Минске один, требующий замены, в Мозыре—два и в Витебске—два. В Могилеве сборная шахта одновременно служит и отстайником, ее емкость 7000 ведер.

Обезвреживания вод не производится, охранная зона источников водоснабжения не установлена. Наибольшей опасности загрязнения

подвержен водопровод Минска, колодцы которого имеют максимум расстояния от источников загрязнения 20 саж., а минумум, как напр. колодец № 1, 2-3 арш.

Расход воды характеризуется следующей таблицей:

	Средний суточ. расход в вед.	Расход на 1 жителя	В период суток расход		Для промышленных целей	На полив улиц и тушение пожаров	Как отражается на общем водопользовании	Какие огран. в водоп.
			Максимум	Минимум				
Минск .	330.000	4 в.	13-15 ч	1-4 ч.	Небольшие заводы	Да	Перебои в подаче воды	Нет
Витебск	300.000 в.	3 в.	12-16 ч	до 10 ч.	Фабрики и заводы	Да	В нек. дни воды нехватает	Нет
Могилев	59.800 в.	3 в.	Нео	пред.	Бани	Только для туш. пожара	Влияния нет	Вода под. от 8 до 20 час.
Мозырь	25.000 в.	3 в.	8-12 ч	20-6 ч.	Нет	Нет	Нет	Нет

Санитарный надзор за водопроводом, как и вообще надзор за состоянием всех городских источников водоснабжения осуществляется санитарными врачами Окрздравов, специальных врачей при водопроводах не имеется. Лабораторный контроль проводится через Сан.-Бакт. Институты и Сан.-Бакт. Лаборатории, за исключением Мозыря, где этот контроль не ведется совершенно за неналаженностью лаборатории. Химико-Бактериологический анализ по Минскому водопроводу, проводимый систематически, характеризует неудовлетворительность воды Бруклинских колодцев, вытекающую из содержания в отдельных пробах органических веществ около 0,16 на литр при окисляемости до 0,008, хлоридов около 0,106 при наличии колоний от 1100 до 2000 в 1 куб. сант. Химико-бактериологический анализ воды Витебска и Могилева дает удовлетворительные результаты. Технический надзор осуществляется инженерами-специалистами только по Витебску и Могилеву. Минск и Мозырь—инженеров-специалистов при водопроводе не имеют. Кроме упомянутых специалистов-инженеров, водопроводы обслуживаются персоналом: в Минске—28 человек, Витебске—69 чел., в Могилеве—9 чел. и в Мозыре—6 чел. Минский водопровод обслуживается, кроме того, персоналом общим с Элект. Станцией.

Крупными санитарно - техническими дефектами водоснабжения разбираемых городов следует считать: отсутствие отстойников и фильтрации воды, отсутствие систематического исправления и дальнейшего расширения водопроводной сети.

Из мероприятий, проводимых по окружным городам, в целях улучшения водоснабжения, следует отметить:

1. По Минску—обновление насосов, бурение двух новых скважин, оборудование защитительных приспособлений в Бруклинских колодцах от загрязнения поверхностными стоками, закрытие одного колодца, как наиболее опасного в смысле подачи непригодной воды, и частичное исправление магистрали разводящей, по трубам которой местами отмечена закупорка отложениями с просветом в диаметре толщиною в карандаш.

2. По Витебску—возобновление машинной установки, перекладка чугунной магистрали и железной по домовым ответвлениям, проектное расширение водопроводной сети, предусматривающее обеспечение водопользованием окраин.

3. По Полоцку—проведение магистрали от водопровода, которым пользовалась одна электростанция и установка водоразборных кранов, отпуск средств на улучшение водоснабжения в сумме 20.000 рублей.

4. В Бобруйске—разрешение вопроса о водопроводе в положительном смысле и отпуск средств в сумме 76.000 рублей, на которые до весны 1927 года должна быть закончена закладка колодца и оборудование водонапорной башни, с расчетом последующей прокладки магистрали и окончательной установки центрального водоснабжения.

Переходя к вопросу об удалении нечистот и отбросов, необходимо еще раз указать, что канализации, как таковой, в городах Белоруссии нет. В отдельных городах существуют единичные канализационные установки и даже с биологической очисткой сточных вод, но установки эти являются самостоятельно обособленными для обслуживания определенных территорий, прежде всего, больниц.

Удаление нечистот и отбросов по городам Белоруссии производится исключительно путем вывоза. В значительном большинстве городов очистке подвергаются, главным образом, владения городских центров, окраинные же владения преимущественно вывозят нечистоты на свои огороды и ближайшие поля (Могилев, Орша, Бобруйск, Борисов и др.). Вывоз производится ассенизационными обозами, о состоянии и работе которых можно судить по следующей таблице:

Города	Число обозов	Кому принадлежат	Число бочек.				Вместим. в ведрах.		Число мусорн. ящиков	Наличие работающих лошадей	Число обслуживающего персонала	Время вывоза	Стоимость вывоза с бочки	Удовлетв. ли обоз потребности города.
			Наливных	Пневматич.	Одноконных	Пароконных	Одноконных	Пароконных						
Минск	1	Комхоз (и до 40 частн. один.)	18	12	—	30	40	80	20	41	62 (на вывозе 20.	Ночью	1 1/4—2 р.	Нет
Витебск	1	Город. (30 одиночек частн.)	14	—	4	10	40	80	12	19	24	Ночью	1—2 р.	
Бобруйск	2	Комхоз частн.	23	—	—	23	36—86	—	2	15	15	Лет. ночью зим. днем	1 р. 10 к.	
Полоцк	2	Частн.	6	—	6	—	20—30	—	—	—	Штата нет	6—9 и 22—24 ч.	50 к.—1 р.	
Борисов	1	Комбин.	2	—	2	—	30	—	—	3	2	Ночью	1 1/2—2 р.	
Слуцк.	4	Комхоз Допр. частн.	5	—	5	—	40—60	—	2	нанимают на ночь	5	Ночью	2 1/2—3 р.	
Мозырь	1	Комхоз	3	—	3	—	40	—	2	3	3	4—8 и 18—22 ч.	75 к.—3 р.	
Могилев	5	Комхоз исправд. частн.	14	—	10	16	—	40	—	28	28	Днем	50 к.—1 р.	

Примечание. В Калининске и Орше специальных обозов нет, вывоз производится в порядке обязательного постановления.

Сопоставляя с данными о количестве населения наличие обозов следует отметить, что ни один из городов Белоруссии ассенизационным

обозом в достаточной мере не обеспечен. Если по отдельным городам подвижной состав обоза и находится в сравнительно удовлетворительном состоянии, то и это основного положения с удалением нечистот и отбросов не спасает. Вследствие маломощности обозов до $^{2}/_{3}$ нечистот остается невывезенными из городов и систематически загрязняют их территории. Санитарное состояние обозов оставляет желать большего и это тем более усугубляется необорудованностью обозных дворов и при наличии надзора, проводимого в лице десятников.

Свалочные места характеризуются следующей сводкой:

ГОРОДА:	Число	Есть раздельно мусор., зимн. летн.	Расстоян. в верст. От города	Расстоян. в верст. От насел. площ.	Площадь в десят.	Под'ездные пути	Освещение ночью	Переработка отбросов и нечистот
Минск . . .	4	Нет	2	$^{1}/_{2}$	Неоп.	Нет	Нет	Не производится
Витебск. . .	3	„	3	1	14	„	„	„
Могилев . .	5	„	2	$^{1}/_{2}$	11	Удовл.	„	„
Бобруйск . .		Будут	от	вед. с	буд. г.	в 3-4 верст	от гор.	
Полоцк . . .	2	Нет	3	—	4	Тракт.	Нет	Перепахивание
Борисов. . .	2	„	$2^{1}/_{2}$	$1^{1}/_{2}$	5	Удовл.	„	Не производится
Слуцк . . .	1	„	2 Уч дит	3 асток ся еже	2-3 отво- годно	Просел. дорога	„	Нечистотами пользуется как удобрительными туками.
Мозырь. . .	1	„	2	—	4	Неуд.	„	Перепахиваются

Только в Могилеве свалки остолбованы и снабжены указателями.

Из сводки видно, что вообще о свалках, как о местах, отвечающих своему назначению, говорить не приходится. Санитарный надзор за свалками проводится окружными санитарными врачами. Свалочные места определенных штатов по уходу за ними не имеют и наблюдение за ними весьма незначительное. Как видно из сводки, разделения свалок на мусорные зимние и летние места не имеет. Вообще мусор и отбросы на свалки свозятся частично, в большинстве же самими гражданами сваливаются на огородах и ближайших полях, а в более крупных центрах остаются и на территории усадьб. Рационального использования свалок, за весьма немногими исключениями, нигде нет.

Общественными уборными города не обеспечены. Общее количество общественных ретирадов по городам 13, из коих: в Минске 5— 1 платный и 4 примит. оборудован., Витебске 4 (с непроницаемыми выгребами), Бобруйске—1, Борисове—1 (оборудованы удовлетворительно), Слуцке—1 (примитивно оборудованный) и в Мозыре—1 (с цементным полом и непроницаемым выгребом). Уборка и надзор за общественными уборными лежит или на базарных комитетах или в отдельных случаях на особых сторожах, но выполнение содержания в должном порядке удовлетворительным признать возможно далеко не везде. Общественные уборные требуют не только своего количественного

увеличения и тщательной уборки, но в большинстве своем—и капитального переоборудования.

Способствующие систематическому загрязнению почвы и водоисточников примитивная уборка нечистот и отбросов еще более усугубляется отсутствием в некоторых городах дворовых уборных, как, например, в Борисове, где уборные отсутствуют в 40 проц. владений. В Минске около 19 проц. всех владений имеют сток отработанных вод и жидких помоев через водоотливы в открытые уличные риништоки. Минск и Витебск, кроме того, имеют поглощательные колодцы с механическими фильтрами, не подвергавшиеся очистке с 1914 года. Выгреба дворовых уборных по городам в большинстве примитивного устройства и далеки от удовлетворения непроницаемости. Отдельные канализационные установки все нечистоты преимущественно спускают в водоисточники. Так, например, в Могилеве канализационная установка при вокзале нечистоты без всякой очистки спускает в реку Дубровенку, впадающую в Днепр, в черте города, в Витебске отработанные воды по системе закрытых деревянных и бетонных водостоков, стекая, загрязняют Западную Двину с ее притоком, ручьи и овраги, в Полоцке сточные воды из канализации корпусного здания и по канализационным трубам для отвода сточных и грунтовых вод города, спускаются в реку Зап. Двину и в р. Полсту.

Таково в общих чертах положение вопроса центрального водоснабжения и канализации в окружных городах Белоруссии. Данные заболеваемости желудочно-кишечными инфекциями лишний раз подчеркивают общую потребность в неотложности разрешения вопросов развития водопроводов и канализации.

Заболеваемость заразными болезнями по всем окружным городам Белоруссии на 357.743 чел. населения в 1924 году выразилась цифрой 59.915 случаев, а на 381.502 чел. населения в 1925 году составляла 84.520 инфекционных заболеваний. Общее количество заразных заболеваний на тысячу населения по отдельным окружным городам составляло (в обсол. цифрах).

	Минск	Витебск	Могилев	Бобруйск	Полоцк	Мозырь	Орша	Борисов	Слуцк	Калининск
1924 г. . . .	119,6	169,0	63.4	340,4	65,4	455,8	133,1	297,0	192,4	341,0
1925 г. . . .	149,1	164,2	142,4	279,5	218,5	551,9	259,1	706,2	222,8	530,3

Из общего количества инфекционных заболеваний, желудочно-кишечных инфекций на тысячу населения было (в абсл. цифрах).

Брюшной тиф										
1924 г. . . .	1,2	0,99	0,46	1,5	1,09	1,3	0,6	1,7	1,2	19,0
1925 г. . . .	0,5	0,9	0,6	1,3	8,3	2,1	2,0	1,8	0,3	44,6
Эпид. гастроэнт.										
1924 г. . . .	0,2	6.0	—	23,8	0,2	3,4	11,8	0,85	40,3	12.1
1925 г. . . .	0,009	3,0	—	3,4	1,6	15,0	14,3	0,7	0,5	—

	Минск	Витебск	Могилев	Бобруйск	Полоцк	Мозырь	Орша	Борисов	Слуцк	Калининск
Дизентерия 1924 г. . . .	0,7	0,7	0,5	0.75	2,7	4,1	1,5	0,4	6.0	12,1
1925 г. . . .	0,5	0,2	0,2	0,2	0,6	1,1	0,7	1,5	1,5	3,0

Из всего вышесказанного, естественно, напрашивается сам собой единственный вывод,—обеспечить города Белоруссии рациональным водоснабжением и канализацией.

Доказывать, больше того, ломиться в открытую дверь, так как и без того достаточно известно всем, что в период времени переоценки ценностей, вопросы здравоохранения должны быть поставлены на первую очередь всего строительства социалистического быта.

Теоретическая и экспериментальная медицина.

Клиническое значение реакции осаждения эритроцитов при внутренних болезнях.

(Из Факультетской Терапевтической Клиники Белорусского Государственного Университета. Директор клиники, проф. С. М. Мелких).

Р. Гинзбург.

В диагностически неясных случаях Негели предлагает производить детальное исследование крови, т. е. гистологическое, серо-бактериологическое и физико-химическое. Хотя физико-химическое исследование крови уже давно известно в гуморальной патологии, но сейчас оно имеет большой клинический интерес и является хорошим вспомогательным средством при диагностике различных заболеваний. Перейдем к одному из физико-химических методов исследования, т. е. *реакции осаждения эритроцитов.*

Реакция осаждения эритроцитов известна еще со времени Галена. В 1917 году в Стокгольме на с'езде гинекологов и хирургов Fährеus сообщил реакцию осаждения эритроцитов. Ему принадлежит заслуга, что он обратил внимание на этот уже давно забытый факт и постарался об'яснить сущность этой реакции. В 1920 г. Linzenmeyer занялся изучением истории этого вопроса. С тех пор появилось много работ из различных областей медицины, пытавшихся выяснить теорию реакции осаждения эритроцитов и ее практическое значение при различных заболеваниях.

Вопрос о механизме реакции осаждения эритроцитов еще не решен окончательно. Nasse, Mäller, Lehman сводили быстрое осаждение эритроцитов к агглютинации. Fährеus думает, что эритроциты заряжены электроотрицательно, поэтому они взаимно отталкиваются друг от друга и этим поддерживается нормально устойчивость их взвешивания в плазме. При прохождении электрического тока они подходят к положительному полюсу. Если эритроциты сильно заряжены, то требуется много времени для разряжения и осаждение происходит медленно. Если заряд мал, то осаждение происходит быстро. При усиленном распаде белка в организме, в кровь поступают положительно заряженные вещества, которые нейтрализуют, ослабляют отрицательный заряд эритроцитов и вследствие этого прекращается их взаимное отталкивание, они начинают склеиваться в кучки и скорее оседать. Linzenmeyer

предполагает, что при этом главное значение имеет фибриноген и другие глобулины крови. В дефибринированной крови осаждение протекает медленно. Höber нашел в плазме быстро осаждающейся крови увеличение глобулинов и уменьшение альбуминов. По Kürsten'у быстрота осаждения эритроцитов зависит от количества холестерина и лецитина в крови. Большое значение Ley придает вязкости крови. Исследуя параллельно быстроту осаждения эритроцитов и вязкость крови он нашел, что осаждение ускоряется с повышением вязкости крови. Это об'ясняется как более легким склеиванием вязких белковых частиц с эритроцитами, так и более быстрой агглютинацией эритроцитов в силу повышения клейкости их оболочки. Изаксон считает, что уменьшение количества эритроцитов ускоряет реакцию осаждения эритроцитов. Bürker считает, что большое количество гемоглобина ускоряет реакцию осаждения эритроцитов. Вообще эта реакция представляет явление сложное, зависящее от многих факторов, как, например: возраст, пол, температура и время, при которых производится реакция. У детей она идет скорее, чем у взрослых, у женщин скорее, у чем мужчин. Беременность и menstrua ее ускоряют. После еды она идет быстрее, чем натощак. Она не зависит от температуры тела, так как она ускоряется и при нормальной t°, как напр. у люэтиков, латентных маляриков и беременных.

Р. О. Э.[1]) представляет собой тонкую чувствительную количественную реакцию на изменение составных частей крови, главным образом ее белковой части. Это изменение об'ясняется появлением продуктов распада, обусловленных теми или иными процессами, происходящими в организме.

Реакция о. э. производится по способу Linzenmeyer'a и Westergren'a.

Linzenmeyer берет 0,8 крови из локтевой вены однограммовым шприцем и 0,2 kc 5% раствора Natr. citric. хорошо смешивает многочисленными встряхиваньями, а потом набирает эту смесь в трубки высотой в 6,5 см. и с просветом в 5 mm. На трубке имеются деления в 6-12-18 mm. Отмечается время, когда уровень осажденной плазмы достигает 18 mm.

По Вестергрену берут 1,6 куб. см. крови и 0,4 куб. см. 3,8 проц. раствора Natr. citric. Все это вливается в химический стаканчик, где хорошо перемешивается, стоит около 15 минут, а затем набирают в пипетку высотой в 30 см. с внутренним диаметром в 3 mm. с делениями снизу на 200 mm. Пипетка укрепляется вертикально и отмечается высота осаждения плазмы через час, два и сутки. По способу Линценмейера постоянной величиной является *определенное состояние плазмы*, а переменной величиной является время, в течение которого слой плазмы дойдет до определенной отметки.

По Вестергрену же постоянной величиной является *время*, по которому определяют насколько миллиметров оседает столб эритроцитов (напр., час).

В нашей клинике производится р. о. э. аппаратом Панченкова по принципу Вестергрена. Способ этот значительно проще, так как нужно брать кровь не из вены, а из пальца.

Аппарат Панченкова состоит из штатива с 4-5 зажимами и 4-5 капиллярами. Каждый капилляр длиной в 160 mm., а внутренний диаметр в 1 мм. От нижнего конца он имеет нанесенные деления до 100, кроме того букву Р от нижнего конца в 50 mm. и букву К от нижнего конца в 100 mm. Кровь берут из пальца иглой Франка либо иглой

---

[1]) Р. О. Э.—это реакция осаждения эритроцитов.

от шприца. Капилляр должен быть предварительно хорошо вымыт теплой водой и высушен спиртом и эфиром, а потом мы его промываем 5 проц. раствором Natr. citric. набираем до буквы P лимонно-кислого натра и выпускаем на часовое стекло, затем два раза набираем кровь до буквы K и выпускаем в каплю лимонно-кислого натра на часовом стекле. Таким образом получается отношение смеси раствора 5 проц. Natr. citric. и крови как 1:4.

Эту смесь набираем в капилляр до буквы K, ставим в штатив, а затем мы отмечаем через 10-20-30 м, 1 час.—2 ч. и 24 часа высоту осаждения столба эритроцитов.

По Панченкову принято считать:

Нормальное осаждение эритроцитов .	7— 8 mm в час.
Малое ускорение . . .	8—15 „ „
Среднее „ . . .	15—30 „ „
Выше среднее „ . . .	30—40 „ „
Выраженное „ . . .	40—50 „ „
Очень резко выраженное ускорение .	60 и выше в час.

Для точности реакции должны быть соблюдаемы следующие правила:

1) диаметр трубки должен быть не меньше 1 mm; 2) чистота и сухость капилляра; 3) набирая кровь в капилляр нужно стараться, чтобы ни в капилляре, ни на часовом стекле не было пузырьков воздуха; 4) свежесть раствора Natr. citric. (он может стоять не больше 5 дней); 5) температура комнаты должна быть 13-14°; 6) исследование лучше всего производить натощак.

Всего нами была проделана реакция осаждения эритроцитов, 289 больным, из коих:

Туберкулез легких . .	97	Asthma bronchiale . . .	3
Cancer ventriculi . . .	17	Bronchoecetasia . . .	1
Ulcus ventriculi . . .	13	Malaria	14
Achylia gastrica . . .	5	Лимфатическ. псевдолейкемия	2
Vitium cordis . . .	16	Гемолитическая желтуха .	1
Endocarditis lenta . . .	6	Крупозная пнеймония .	19
Nephritis	1	Эксудативный плеврит .	8
Arteriosclerosis . . .	3	Jnfluenza	3
Polyartritis rheumat. . .	4	Menstrua	3
Jcterus catar. . . .	10	Diabet. melit	9
Цирроз печени . . .	6	Лейкемия	4
Cholelithyasis . . .	9	Anaemia	5
Morbus macul Werlhoffi . .	4	Здоровых	26

Нами была произведена р. о. э. 97 туберкулезным больным, из коих 20 с начинающимся процессом, давшие р. о. э. от 14-24 mm в первый час, 35 человек с фиброзным процессом, давшие 30-42 mm в первый час и 42 с T III C exudad., давшие от 50-76 mm в первый час. На основании этого, можно сказать, что активный эксудативный процесс дает быстрое осаждение эритроцитов, крутую кривую, почти вся быстрота падает на первый час.

Фиброзные процессы дают ускоренное осаждение эритроцитов, постепенное падение кривой, причем вся быстрота осаждения не падает исключительно на первый час.

Начальные процессы дают среднее ускорение с отлогой кривой.

18 больным, которым накладывали пнеймоторакс, производили р. о. э. до и после пнеймоторакса. В 10 случаях, давших хороший клинический результат, т. е. понижение температуры, улучшение аппетита, увеличение веса, уменьшение мокроты и т. д. р. о. э. снизилась до 12-14 в час.

В 5 случаях, не поддавшихся лечению пнеймотораксом, р. о. э. не снижалась и давала после пнеймоторакса 50—54 в час. Есть следующие расхождения: *больная В.* клинически не дала никакого улучшения, а р. о. э. снизила с 53 до 16 час. *Больная Г.*, давшая клинически улучшение, не снижала р. о. э. т е. продолжала давать 55 в первый час. (Между прочим, через год больная явилась с большим ухудшением). *Больной Т.* снизил р. о. э. до 10, выписался в удовлетворительном состоянии, а через год вернулся в клинику в очень тяжелом состоянии, где через 2 месяца скончался.

На основании всего вышесказанного мы думаем, что искусственный пнеймоторакс, давший эффект при лечении наряду с общим улучшением, замедлял р. о. э: и выравнивал крутую кривую. В случаях, не поддававшихся лечению пнеймотораксом, р. о. э. не снижалась.

Начальный активный туберкулез дает ускоренную р. о. э., а острый катарр дыхательных путей неспецифического происхождения не дает ускорения р. о. э. и тут последняя является хорошим вспомогательным средством при дифференциальной диагностике. Moral Testmeyer и Reinwein находят, что нормальные числа осаждения не всегда исключают активный процесс. Из наших наблюдений мы можем сказать, что все больные с активным процессом давали ускоренную или быструю р. о. э. и крутую кривую. Нам не попадался активный туберкулез, дававший нормальную р. о. э.

Мы р. о. э. не придаем прогностического значения, но в некоторых случаях она имеет кое-какое прогностическое значение. Так, например: больной Л. Г. II. Температура доходила до 39°, отсутствие аппетита, потеря в весе, ночные поты, в мокроте были найдены 10—15 палочек в поле зрения. Больному был наложен 3 раза пнеймоторакс (по 250 куб. см.), после которого он стал хорошо поправляться; температура стала понижаться, появился аппетит, количество мокроты стало уменьшаться, он стал прибывать в весе. Спустя некоторое время по совету профессора С. М. Мелких больной уехал в Ялту на несколько месяцев, где хорошо себя чувствовал. По возвращении из Ялты мы ему сделали р. о. э., которая дала в первый час 8. Судя по р. о. э. он здоров. После этого мы его наблюдаем около 2 лет. Он чувствует себя хорошо, не лихорадит, даже не подлихораживает, учится, работает, словом, его можно, по выражению Штернберга, считать „практически здоровым". Как видите, эта реакция нас не подвела в данном случае и в прогностическом отношении.

При крупозной пнеймонии (19 случаев) мы наблюдали быстрое осаждение эритроцитов, крутую кривую, которая при выписке больных, т. е. при их выздоровлении выравнивалась и р. о. э. доходила почти до нормальных цифр. В разгаре заболевания мы в первый час имели от 42 до 60, а при выздоровлении от 10—12.

Р. о. э. имеет значение при дифференциальной диагностике гриппа и центральной пнеймонии, где клинически в первые дни об'ективные изменения со стороны легких весьма ничтожны. При центральной пнеймонии мы имеем быструю р. о. э., а при гриппе только слегка ускоренную. Появление осложнений при гриппе пнеймонией дает резкое

ускорение р. о. э. Эксудативные плевриты специфического происхождения (8 случаев) дают быстрое осаждение эритроцитов 37—47 в первый час и крутую кривую.

При острой и хронической малярии (12 случаев) мы имеем быстрое осаждение эритроцитов и крутую кривую. Эта реакция помогает нам разобраться имеем ли мы дело с полным выздоровлением или переходом в латентную форму. Для иллюстрации приведем пример: больная В. 5 лет страдала малярией. 6 месяцев не было приступов. Две недели тому назад заболела остро, ежедневные приступы с повышением t° до 40,5. Легкая иктеричность. Печень и селезенка увеличены и болезненны при ощупывании. К-во эритроцитов и гемоглобина резко уменьшены. В крови найдена plasmod. malariae tertian р. о. э. 60—64—78. После внутримышечных впрыскиваний methylen blau больная поправилась. Температура в течение 20 дней была нормальная. Печень и селезенка сократились до нормы. К-во эритроцитов и гемоглобина повысилось, приняла в весе 6 фунтов, а реакция осаждения эритроцитов у нее оставалась быстрой 52 в первый час. Мы об'ясняли это тем, что обострившаяся после 6 месячной ремиссии малярия перешла в латентное состояние. Больная не излечена совершенно. И тут мы можем смотреть на р. о. э. как на чрезвычайно чувствительный симптом, который оказался чувствительнее температуры и таких об'ективных симптомов, как сокращение печени и селезенки.

При механических желтухах (9 случаев), обусловленных камнями, мы наблюдали ускоренную р. о. э. При дегенеративных желтухах (10 случаев) мы наблюдали замедленную р. о. э. (от 4-6 в первый час) Kowacz об'ясняет это замедление уменьшением к-ва фибриногена (место образования фибриногена печень), вследствие чего в кровь поступают вещества, замедляющие р. о. э. Küstner об'ясняет замедление увеличением к-ва холестерина. При желтухах, обусловленных cancer'ом печени, либо cancer'ом поджелудочной железы (3 случая) мы имеем ускоренную р. о. э. Гемолитическая желтуха по Saldon'у дает ускоренную р. о. э. Наш 1 случай дал нам в первый час 44. Предлагают пользоваться р. о. э. для дифференциальной диагностики желтух. Катаральная желтуха дает (10 случ.) замедленную р. о. э., а желтуха, вызванная циррозом печени (6 случ.), cancer'ом (3 случ.) и гемолитическая желтуха дают ускоренную р. о. э.

Cancer органов брюшной полости (17 случаев) дает ускоренную р. о. э. от 26-36 в первый час, а в двух случаях даже 60 в первый час и может служить хорошим подсобным симптомом при дифференциальной диагностике cancer'а и язвы желудка и achylia gastrica, так как cancer ventriculi дает ускоренную р. о. э., а язва желудка и achylia gastrica дают нормальную р. о. э. Мы проделали р. о. э. 17 карциноматозным больным и мы во всех случаях имеем определенную закономерность. У нас не было ни одного случая cancer'a без ускоренной р. о. э. Многие авторы об'ясняют это ускорение усиленным распадом белка.

Наша диагностика подтверждалась операциями, секциями, или случаи клинически ясные.

Löhr исследовал 100 случаев рака и саркомы и только в 4-х случаях р. о. э. была нормальна. Kowacz исследовал 38 случаев рака и не имел ни одной нормальной р. о. э. Mandelstam, Elek и др. отмечают, что после удаления опухоли р. о. э. еще долгое время остается ускоренной. Мы располагаем всего одним случаем, который мы наблюдали после операции. Больной, давший до операции 60 mm. в первый час, через 2 месяца после операции резекции желудка по поводу cancer'а желудка, дал 20 mm. в первый час. Больной в это время себя чувствовал

значительно лучше. Принял в весе. К-во Hb и эритроцитов повысилось. Больной стал работоспособен.

При сахарном диабете (9 сл) р. о. э. нормальна, но при диабете, сопровождающемся ацидозом, р. о. э. замедлена, дает 3-4 в первый час. Мандельштам об'ясняет это замедление повышением концентрации водородных ионов в плазме крови и понижением резервной щелочности.

Больных с пороком сердца (16 сл.) в стадии компенсации дают нормальные цифры р. о. э., при наступлении декомпенсации р. о. э. замедляется, может и вследствие предполагаемой Kowacz'ом гипофункции печени.

Endocarditis lenta (6 случ.) дает быструю р. о. э. и крутую кривую.

Saldon отмечает резкое повышение р. о. э. при пернициозной анэмии. Об'ясняется это, по его мнению, не уменьшением к-ва гемоглобина и эритроцитов (так как вторичные анэмии не дают такого быстрого осаждения), а изменением плазмы крови. Наши наблюдения совпадают с наблюдениями Saldon'a.

При вторичных анэмиях р. о. э. давала 14-16 mm. в первый час, а при пернициозной анэмии мы имели 55-60 mm. в первый час.

Мы обследовали 26 здоровых людей. Р. О. Э. давала нам в первый час от 7-10 mm.

	Количество случаев.	Р. О. Э. в 1-ый час.
1. Туберкулез легких	97	
а) Начальный процесс туберкулеза легких	20	14—24 mm.
б) Фиброзный процесс „ „	35	30—42 „
в) Эксудативн. декомпенсирован. туберкулеза легких	42	50—76 „
2. Крупозная пнеймония	19	42—60 „
3. Малярия	12	48—62 „
4. Желчные камни	9	20—32 „
5. Катарральная желтуха	10	4—6 „
6. Гемолитическая „	1	4—5 „
7. Cancer органов брюшной полости	17	26—36 (2 случ. 60)
8. Язва желудка	13	7—9 „
9. Achylia gastrica benigna	5	6—8 „
10. Сахарный диабет с ацидозом	9	7—9 „
11. „ „ без ацидоза	9	3—4 „
12 Endocarditis lenta	6	50—56 „
13. Vitium cordis	16	4—8 „
14. Вторичная анэмия	3	14—16 „
15. Пернициозная „	2	55—60 „
16. Здоровых	26	7—10 „

Выводы:

1. Все больные с активным эксудативным туберкулезным процессом дают быструю р. о. э. и крутую кривую.

2. Больные с фиброзным туберкулезным процессом дают ускоренную р. о. э.

3. Больные с tbc. incipiens дают ускоренную р. о. э., чем можно дифференцировать от неспецифических катарров дыхательных путей, которые не дают ускорения р. о. э.

4. Лечение пнеймотораксом, давшее клинически улучшение, как снижение температуры, увеличение веса и т. п. снижало и р. о. э.

5. Трудно придавать ей прогностическое значение. Она является хорошим вспомогательным средством при дифференциальной диагностике рака, язвы желудка и achylia gastrica; при дифференциальной диагностике желтух, и при дифференциальной диагностике гриппа и крупозной пнеймонии.

6. Она является чувствительным симптомом при латентной малярии.

7. Иногда она более чувствительный реагент, чем температура.

8. Принимая во внимание легкость выполнения, дешевизну аппарата и ее дифференциально-диагностическое значение, надо признать, что она может быть введена в больницах участкового типа.

В заключение приношу свою глубокую благодарность профессору С. М. Мелких за предложенную мне тему и за руководство в работе.

Литература.

1) *Freund* и *Henschke* D. M. W. № 5 1925 г. 2) *Linzenmayer* M. M. W. № 40 1921 г. 3) *Reekman* D. M. W. № 45 1924 г. 4) *Volk* D. M. W. № 19 1924 г. 5) *Lorenz* und *Berger* № 23 D. M. W. 1924 г. 6) *Menssh* M. M. W. № 40 1924 г. 7) *Wachter* D. M. W. 1924 г. 8) *Rolle* D. M. W. № 47 1924 г. 9) *Westergen* kl. W. № 27 1922 г. 10) *Зорин* и *Степанов.* Архив клиническ и эксперим. медицины № 7-8 1924 г. 11) *Панченков* Архив клин. эксперим медиц. № 7-8 1924 г. 12) *Панченков.* Врач. дело № 16-17 1924 г. 13) *Мандельштам* Диссертация 14) *Фогельсон* и *Кисель.* Русская клиника № 8 1924 г. 15) *Панченков* и *Однолеткова* VII с'езд терапевтов. 16) *Штейнберг* и *Кириченко.* Киевский медицинский сборник № 2. 17) *Popper* et *Kreindler* La presse medicale № 101 1924 г. 18) *I. I. Iong.* Presse medicale № 79 1924 г.

К вопросу о клинической картине травматического псевдотабеса[1]).

(Из клиники нервных болезней Белор. Государств. Университета Директор—проф. М. Б. Кроль).

Ординатор **С. М. Афонский.**

Излагаемый нами случай представляет значительный интерес, т. к, подобных случаев в научной литературе вообще описано немного. а в русской, насколько нам кажется, вовсе не имеется.

Больной Д. 28 лет, чернорабочий, поступил в нервную клинику БГУ 28-IV-1926 г. с жалобами на головную боль и колотье в левой половине груди. У одной из теток больного по матери был какой-то психоз, окончившийся выздоровлением; в остальном со стороны наследственности ничего патологического. Больной родился в семье крестьянина в деревне, где и прожил до 1915 года, когда был призван на военную службу; в 1916 г. был ранен, после чего лечился, был демобилизован, и в Кр. Армии, как инвалид, не служил. Последующее, после ранения, время больной живет в деревне, но хлебопашеством, вследствие своего нездоровья заниматься не может; холост, половой жизнью живет лишь последние три года—нерегулярно; не курит, пьет умеренно, в свое время употреблял самогонку, а также денатурат. В детстве болел золотухой, затем перенес корь, скарлатину, в 14 лет воспаление легких, в 1919 г. испанку, из кожных болезней чесотку и фурункулез; венерические болезни, в том числе и lues, категорически отрицает.

В 1916 г. под Ригой был ранен осколком шрапнели в лоб, в результате чего потерял правый глаз. После ранения был без сознания больше месяца. Около девяти месяцев пробыл в госпитале, где ему за это время было проделано три операции: извлечение осколков костей черепа, очищение глазницы и вставление искусственного глаза. После ранения больной начал страдать головными болями, появились стреляющие боли в руках, ногах, в последних временами судорожные подергивания, но больше всего беспокоят боли характера покалывания в груди. Хуже всего чувствует себя перед засыпанием, плохо переносит как холод, так и жар. Больной лечился обтираниями, бромом и пр., но улучшения в своем самочувствии не наблюдал.

Status praesens. Больной роста выше среднего, телосложения правильного и крепкого, питания удовлетворительного. Костный скелет нормален, если не считать дефекта кости в области лба и основания носа, на месте бывшего ранения; дефект имеет вид западения неправильной формы, напоминающей треугольник. Кожа нормальной розовой

---

[1]) Доложено на об'единенной конференции невропатологов и психиатров 21-V 1926 г.

окраски и тургора. В области ранения над костным дефектом имеется линейный рубец сант. шести длиной, идущий от лба сверху и слева книзу и вправо к глазной шели. Правый глаз отсутствует, глазная щель закрыта. Слизистые—розового цвета, придатки кожи—волосы и ногти—N, подкожно-жировой слой развит хорошо. Общий вид больного, можно сказать, цветущий. Со стороны внутренних органов—сердца, легких, желудочно-кишечного тракта нельзя отметить никаких уклонений от нормы. При исследовании нервной системы прежде всего нам бросились в глаза зрачковые расстройства на единственном левом глазу. Зрачок широкий, неправильной несколько овальной формы, эксцентрично в радужке расположенный ближе к назальной ее стороне; реакция как на свет, так и на конвергенцию имеется, но резко понижена; visus также понижен, поле зрения в небольшой степени концентрически с‘ужено, глазное дно—atrophia simplex n-vi optici. Обоняние—справа запахи различает, но хуже, чем слева. В области I-ой ветви n-vi trigemini справа на лбу, височной и теменной областях имеется понижение тактильной и болевой чувствительности. Вкус на передних $^2/_3$ языка нормален; рефлексы кон‘юнктивальный и корнеальный живые. Слух понижен справа, шопотная речь справа—0,75 метра, барабанная перепонка прободена в передней и верхней части кпереди от шейки молоточка; Weber отклоняется вправо, Rinne справа—,слева+. Исследование лабиринта вращательная реакция—нистагм 7-8 колебаний, одинаковый в обе стороны. Заключение—кариозный процесс в epitympanus u antrum mastoidei; понижение раздражимости лабиринта. Со стороны двигательной сферы следует отметить общее понижение мышечной силы во всех суставах. Парезов, параличей, мышечных атрофий нет, мышечный тонус нормален. Romberg—имеется. Сухожильные рефлексы на верхних конечностях—живые, коленные и Ахилловы—отсутствуют с обоих сторон, брюшные—живых. Тазовые органы—N. При исследовании чувствительности обращает на себя внимание повышение болевого чувства, начиная с верхней части туловища и книзу до конца, гиперэстезия имеется, гл. образом, в области живота спереди и поясницы сзади; больной очень сильно реагирует вплоть до крика на уколы булавкой на различных частях туловища и конечностей, то же отмечается и по отношению к холоду, но в меньшей степени; тактильная чувствительность и мышечное чувство не расстроены. Суб‘ективно-головная боль, а также стреляющие боли в руках и ногах, гл.-же образом в левой половине груди („колки“ по выражению больного), от которых он ночью часто просыпается. Вообще же у больного имеются явные черты травматического невроза, выражающиеся в общей слабости, нервозности, головных болях, плохо переносит как жар, так и холод, постоянно зябнет, быстро и легко потеет, скверно перенес люмбальные пункции, во время которых сильно нервничал, кричал, волновался.

Исследование мочи больного: моча прозрачная, солом.-желтого цвета, реакция кислая, уд. вес—1023, белку, сахару нет.

Исследование крови: Нв.—90 проц., эритроцитов—4.500.000, Färbeindex=1, лейкоцитов—8400, лейкоцитарная формула: сегментированных 65 проц., эозинофилов—3 проц., лимфоцитов 31 проц.

Люмбальная пункция была проведена больному дважды — оба раза жидкость шла редкими каплями, первый раз совершенно прозрачная, второй раз с примесью крови, плеоцитоз—$^6/_3$ в 1 mm^3, реакция Pandy — слабо-положительная, p. Nonne-Apet‘a — отрицательная, Normomastix и реакция с параффином изменений не дали, WR в жидкости

и в крови, а также реакция Мейнике дали отрицательный результат. Определение сахара по Hagedorn'у (д-р Б. Н. Иошор) показало следующее:

В крови 110 милигр.; в жидкости—50 милигр., что составляет 45,5°/₀—несколько пониженное против нормы (50—60°/₀), количество.

Специальное исследование глаза, произведенное в глазной клинике Б. Г. У (д-р З. А. Каминская): реакция зрачка на свет есть, но вялая и неравномерная, по интенсивности более энергично сокращается нижняя часть радужки. Атрофия стромы радужки и пигментного слоя в верхне-внутреннем квадранте. Адаптация к темноте понижена—повышение порога радражения с 2 в норме до 4,5; Spalt-lampe частичная атрофия сфинктера зрачка. Поле зрения концентрически с'ужено. Visus—0,3. На дне глаза простая атрофия.

Резюмируя клинические симптомы у нашего больного—зрачковые расстройства, стреляющие боли, отсутствие сухожильных рефлексов на нижних конечностях, симптом Romberg'a, атрофия зрительного нерва и изменения чувствительности в виде пояса гиперэстезии, мы с полным правом могли бы диагносцировать в данном случае tabes dorsalis. Но против этого диагноза решительно говорит, как отсутствие каких-бы то ни было указаний на lues в анамнезе больного, так и нормальный характер спинно-мозговой жидкости, отсутствие в последней плеоцитоза, а равно отрицательный результат белковых и вассермановской реакций, последняя в крови тоже отрицательна: тазовых расстройств у нашего больного также нет. Поэтому мы затруднились остановиться на диагнозе tabes'a и должны были обратиться к другим заболеваниям, при которых отмечается клиническая картина весьма сходная со спинной сухоткой. Подобный симптокомплекс могут давать полиневриты и прежде всего т. н. атактическая форма алкогольного полиневрита или pseudo-tabes алкоголиков. Об этом пришлось подумать в первую очередь тем более, потому что у нашего больного отмечено злоупотребление алкоголем. Но при алкогольном полиневрите имеются всегда резкие атактические расстройства, быстрое, отнюдь немедленное развитие картины болезни, значительная болезненность мышц и нервных стволов при давлении, парезы и атрофия мышц; ничего этого в данном случае нет; кроме того, при алкогольном полиневрите крайне редко наблюдаются изменения со стороны зрачков. Что касается прочих токсических и инфекционных полиневритов (мышьяковистый, свинцовый, постдифтеритический, диабетический, тифозный, гонорройный парасифилитический и пр.), то о них не приходится говорить в силу отсутствия на то каких бы то ни было указаний в анамнезе больного да и картина болезни, а равно данные клинического исследования совершенно им не соответствуют. Тоже самое следует сказать о псевдотабетических симптомах, которые могут наблюдаться при поражении hypophis'a, при отравлении спорыньей, и наконец, при encephalitis epidemica, о которых мы упоминаем лишь для полноты дифференциальной диагностики. Небезинтересно попутно указать на возможность псевдотабеса в результате отравления сернистыми парами. Такой весьма редкий случай—рабочий резиновой фабрики с явлениями анизокории, атрофией зрительных нервов, отсутствием коленных и Ахилловых рефлексов—был недавно демонстрирован на итальянском конгрессе окулистов. Случай весьма интересный не только с точки зрения профессиональных заболеваний. Исключив все названные заболевания придется остановиться на возможности табетического симптомокомплекса после ранения головы или т. н. травматического псевдотабеса. Случаи

рудиментарного табеса после ранений головы описаны лишь в последнее время в связи с той массой травматического материала, который дала мировая война. Первым опубликовавшим травматический псевдотабес, был Ремгельд, который привел в 1916-17 г.г. в немецкой периодической печати несколько случаев военного времени. Один случай мирного времени был опубликован Майером, другой Боцианом и третий Левенштейном.

Во всех этих случаях связь заболевания с lues'ом была отвергнута, как на основании анамнеза, так и в силу отрицательной Вассермановской реакции, а равно нормальной картины спинно-мозговой жидкости; давление последней было только резко повышено—от 130 до 350 mm. У всех этих больных имелись расстройства сухожильных рефлексов на нижних конечностях на обоих или на одной стороне, что Боциану в его случае дало повод к первоначальному ложному диагнозу ишиаса, и расстойства чувствительности, чаще характера гипэстезии. При этом во всех без исключения случаях отмечалась травма головы—в случаях Ремгельда огнестрельное ранение или контузия головы, у Майера удар молнии, а у Боциана и Левенштейна—падение на затылок. Больные Ремгельда жаловались на головные боли, приступы головокружения и ослабление умственной деятельности—симптомы, характерные для травматического невроза. Интересной особенностью всех этих случаев является т. н. миотоническая реакция зрачка. Это явление заключается в том, что зрачок, обычно расширенный, на свет или вовсе или почти не реагирует, на аккомодацию же и конвергенцию медленно суживается. (В случае Ремгельда—12 секунд). После окончания конвергенции он иногда долгое время остается с'уженным, иногда сейчас же начинает расширяться, но первоначальной ширины достигает лишь по прошествии многих секунд или даже минуты (в случае Ремгельда 60 секунд). Такое явление, как мы видим, близко к Argyll-Robertson'у, от которого отличается замедленностью как сокращения зрачка при конвергенции, так и его расширения после прекращения конвергенции. Описано оно Ремгельдом, Страсбургером, Аксенфельдом, Бэром и др. при диабете, алкоголизме, Базедовой болезни, расстройстве желез внутренней секреции, при чем часто констатировались признаки невропатической конституции. В нашем случае, который к нам попал через 10 лет после ранения черепа, мы не могли отметить миотонической реакции зрачка, а имелась почти полная абсолютная его неподвижность. Ремгельд на основании своих случаев толкует миотоническую реакцию, как переход к полной абсолютной неподвижности зрачка. Весьма возможно, что и у нашего больного в свое время имелся этот феномен—миотоническая реакция. Что касается механизма возникновения клинических симптомов травматического псевдотабеса, то все авторы сходятся на том, что здесь речь идет о серозном менингите. С этим согласуются все симптомы: и со стороны зрительных нервов, и корешковые боли, и гиперэстезии, а также и исчезновение рефлексов на нижних конечностях. Может быть и зрачковые расстройства можно об'яснить менингитом в области Сильвиевого водопровода. Однако, как предполагают и Ремгельд, и Боциан, и Майер тут возможен и иной патогенез, а именно: многочисленные мелкие кровоизлияния, мельчайшие повреждения и очажки размягчения по всему веществу центральной нервной системы, а может быть в области особо чувствительных задних корешков, чем и симулируется картина табеса. Вполне допустимо, что задние корешки могут подвергнуться изменениям, как в результате травмы, так и под влиянием систематического воздействия на них резко повышенного и длительно продолжающегося давления спинно-

мозговой жидкости. За это же предположение говорят и экспериментальные данные Якоба над животными. Конечно, этот вопрос может быть разрешен только патолого-анатомическими исследованиями, но таковых, повидимому, не было произведено, хотя у Оппенгейма мы встречаем упоминание о случае травматического псевдотабеса, подвергшегося затем аутопсии, данные которой автор, к сожалению, не приводит. Наш больной представляет один из этих редких и в высшей степени интересных случаев, которые доказывают, что клинический симптокомплекс табеса может развиться не только в результате lues'a, как уверяли авторы, встретившие первое сообщение Ремгельда с нескрываемым скептицизмом, но и в результате других внешних вредностей, среди которых травма черепа играет не последнюю роль.

В заключение считаю долгом выразить свою благодарность глубокоуважаемому профессору *М. Б. Кролю* за предоставление случая и руководство при его разработке.

Литература:

1. *Romheld*—Vergandlungen der Geselschaft D. Nervenaerzte 1920.
2. *Botzian*—Klinische Wochenschrift 1923 № 2.
3. *Oppenheim* —Lehrbuch.

3 случая гипертрихоза у душевно-больных.

(Из психклиники БГУ, директор проф. А. К. Ленц).

Ординатор клиники **Р. И. Раскина.**

Прежде чем разобрать по существу данные 3 случая, позволю себе привести краткие истории болезней.

Больная Б. А., 39 лет, поступила в больницу 17 марта 1922 г. по поводу странностей в поведении, делавших ее пребывание в домашней обстановке совершенно невозможным, особенно принимая во внимание ее полное одиночество. Анамнестические данные очень скудны, их удалось случайно получить от лица, раньше знавшего немного больную и ее семью. Удалось только узнать, что больная была замужем, детей никогда не имела. В семье душевных заболеваний повидимому не было. Заболевание началось постепенно, приблизительно за год до поступления в больницу; выражалось в большой вялости, нелепых поступках по временам и нелепой речи. Настоящее состояние: рост 150 ст., вес 78 клг; цвет кожи темноватый, постоянная потливость и обильное отделение кожного сала, слизистые окрашены нормально; повсюду, особенно на бедрах и животе, обильное отложение жира. Костная и мышечная системы ничего особенного не представляют, кисти рук и стопы ног по величине соответствуют росту. Развитие волос на теле представляет некоторые особенности, а именно: в области крестца, по белой линии живота, на передне-внутренней поверхности голеней и бедер, кроме более нежных и коротких волосков обычного типа, имеются негустые, но длинные и жесткие черные волосы. Таковые же имеются на наружной стороне предплечий и вокруг сосков, но в значительно меньшем количестве, не превышающем обычной нормы женского волосяного покрова. Волосы подкрыльцовых впадин и лобка ничего особенного не представляют ни по количеству ни по распределению. На лице хорошо выраженные усы и бородка, последняя ввиде двух пучков жестких длинных волос по обе стороны подбородка. На пространстве от висков к подбородку тоже попадаются отдельные длинные жесткие волосы. Волосы головы обильны, жестки, среди них довольно много седых. Голос больной низкий, глуховатого тембра. Пульс 68—74 в 1' среднего наполнения и напряжения. Аускультация и перкуссия как легких, так и сердца ничего особенного не дают. Внутреннее гинекологическое исследование также не обнаружило никаких уклонений от нормы. Менструации имеются, но с декабря 1925 г. неправильны в смысле сроков появления. Щитовидная железа не увеличена, околоушные прощупываются в несколько увеличенном против обычного размере. Исследование крови: эритроцитов 5.800.000, лейкоцитов 6.500 в 1 к. с. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов 70 проц., мононуклеаров и переходных форм 11,5 проц., лимфоцитов 18 проц., эозинофилов $^1/_2$ проц. Кровяное давление 130, гемоглобина 110 проц. Реакция зрачков на свет живая—насколько ее можно исследовать, принимая во внимание упорное сопротивление больной. Также не превышают пределов нормы коленные и ахилловы рефлексы. Глоточный и кон'юнктивальный повышены. Слабый красный дермографизм. Чувствительность с трудом поддается исследованию—на каждое прикосновение больная дает резкую защитную реакцию.

Что касается психического состояния больной, то здесь имеется обычная картина schizopreniae simplicis с далеко зашедшим распадом интеллекта и личности вообще. Поведение характеризуется преобладанием процессов торможения: больная малоподвижна, малообщительна, более живую реакцию вызывают у нее только раздражители примитивного характера, как пищевые и болевые. Она проявляет признаки социального распада, напр. часто отнимает пищу у других больных, но не обнаруживает при этом ни злобности, ни особой аггресивности и послушно оставляет чужую тарелку, как только ей это прикажут. Бороды своей очень стесняется. Эротична и цинична, усиленно мастурбирует. Охотно отвечает на вопросы, но сама в разговор ни с кем не вступает; целые дни проводит в постели. Намечены и другие кататонические признаки, ввиде стереотипии интонаций, легкого негативизма при пассивных движениях и эхолалических реакций. Наряду с неправильными ответами на простейшие вопросы обнаруживает иногда сведения, требующие сложных интеллектуальных комбинаций, напр. определила однажды с точностью до одного дня время своего пребывания в больнице. Но в общем экспе-

римент дает самый неудовлетворительный результат, обнаруживая расстройство как примитивных свойств интеллекта—внимания, памяти и осмышления, так и более сложных—критики, суждения, комбинаторных способностей, отвлеченного мышления. Способность к счету сохранена. В общем диагноз schizophreniae simplicis, с отдельными кататоническими чертами.

2-ая больная. Г. К., 37 лет, поступила в больницу в последний раз 23/III-1925 г., но до этого поступала и выбывала несколько раз и всего больна 12 лет. Дед ее со стороны матери отличался замкнутым угрюмым характером, странностями, неожиданными мало мотивированными поступками. Бабка со стороны матери имела бороду. Родители больной оба живы, в возрасте 60—65 лет. Мать обнаруживает черты старческих изменений психики ввиде выраженного слабодушия, медленного соображения и трудности запоминания; путает даты и последовательность событий. У б-ой есть сестра и брат, оба здоровые. Сестра имеет бороду. Вторая сестра, умершая от какого-то острого заболевания, бороды не имела. Больная в детстве и юности никакими особенностями не отличалась, хорошо училась, была веселого и общительного нрава, но по замечанию матери „была злая". Менструации начались рано (когда именно—мать не помнит), протекали правильно. Лет 24 б-ая вышла замуж. Через 6 мес. после замужества сделала себе аборт и, когда встала после операции, то стала обнаруживать бредовые идеи: говорила, что ее обкрадывают, принимала разные меры по этому поводу. Бред с течением времени приобретал все более и более нелепое содержание, поведение стало обнаруживать все более грубые уклонения ввиде нелепых поступков и аггрессивности, так что через полгода после начала заболевания больную пришлось интернировать, и с тех пор она все всемя с короткими перерывами находится в больницах. St. praesens: б-ая невысокого роста, вес 86 klg., везде обильное отложение жира, особенно на бедрах, ягодицах и животе. Кожа тонка, эластична, нормальной окраски, черты лица довольно правильны и пропорциональны. Конечности, особенно нижние, цианотичны. Терминальный волосяной покров развит вполне по женскому типу, но на лице хорошо выраженная, довольно густая бородка, из мягких черных волос. По словам матери бородка эта появилась задолго до начала заболевания, когда именно—она не помнит. Голос б-ной довольно низкий, но женского тембра. Граница сердца слева несколько смещена, проходит через сосковую линию; тоны глуховаты, пульс 68 в 1'. Ничего другого со стороны внутренних органов отметить нельзя. Внутренние половые органы, насколько удалось исследовать при резком сопротивлении больной, ничего особенного не представляют. Менструации, прекратившиеся было в начале забол., теперь правильны. Лейкоцитарная формула: нейтрофилов 71 проц., лимфоцитов 20 проц., мононуклеаров и переходных форм 8 проц. эозинофилов 1 проц. Нервную систему также почти не удалось исследовать, так как всякие попытки в этом направлении вызывают резкое сопротивление, брань, аггрессию. Такая негативистическая реакция в соединении с аггрессивностью вообще составляют преобладающие черты поведения б-ой, причем следует еще присоединить сюда крайнюю импульсивность ее двигательных разрядов. Можно отметить также ее малую общительность, манерность в поведении и позах. Со стороны интеллекта—далеко зашедший распад, скудные, несистематизированные остатки бреда преследования, постоянные явления соскальзывания.

3-ая больная, Х. П., 37 лет, учительница, поступила в больницу—тоже не в первый раз—16/V 1925 г. Анамнез также неполный. Известно, что отец ее был человек живой, увлекающийся, склонный к непомерно широкой жизни. Умер от болезни сердца. Мать жива, страдает пороком сердца; кроткая, спокойная женщина. У б-ой один брат, вполне здоровый. Б-ая в юности отличалась большими странностями, так что обращала на себя всеобщее внимание. Больна лет 6; болезнь началась остро, выражалась в бреде преследования, галлюцинациях, сильном возбуждении. В настоящее время и бред и галлюцинации побледнели, но до сих пор больная говорит о воздействии на нее каких-то неизвестных лиц, которые пускают в ход свет, воздух и электричество, чтобы повредить ей. Кроме того она высказывает бред сексуального характера—об изнасиловании, о ночных прикосновениях к ее половым органам, о желании этих неизвестных лиц опорочить ее, как женщину. Поведение характеризуется преобладанием процессов торможения с отдельными импульсивными двигательными взрывами. Есть черты стереотипии, аутизма и негативизма. Интеллект дает картину довольно глубокого распада. Что касается St. physicus, то и здесь при вполне женском типе строения и распределения волос находим выраженную бородатость. Относительно времени развития этой особенности удалось только выяснить, что это произошло за время болезни—более точных дат получить не удается. Со стороны сердца, легких, пищеварительного тракта—ничего особенного. Со стороны половой сферы—постоянные бели, в связи с постоянной сильнейшей мастурбацией, не поддающейся никакому воздействию. Менструации правильны. Исследование крови: эритроцитов 3.800.000, лейкоцитов 7.200 в 1 к. с., Кв. 78 проц., кровяное давление 105; лейкоцитарная формула: нейтрофилов 65 проц., лимфацитов 22 проц., мононуклеаров и переходных $12\frac{1}{2}$ проц., эозинофилов $\frac{1}{2}$ проц.

Таким образом во всех этих трех случаях мы имеем гипертрихоз специфического характера ввиде развития волос по мужскому типу.

Это явление, вообще говоря, не является редкостью ни у душевно-здоровых, ни у душевно-больных женщин. Легкая избыточность пушковых волос на верхней губе брюнеток составляет частое явление и у южных народов, напр. у испанцев, считается даже признаком красоты. Об избыточном росте волос у женщин, не представляющих в других отношениях никаких уклонений, упоминает Ranke и приводит при этом соответствующий рисунок. Общеизвестно частое развитие гипертрихоза по мужскому типу после наступления климактерия. Этот климактерический гипертрихоз следует безусловно отнести за счет эндокринных причин в связи с изменением и затем прекращением функции яичников, что подтверждается и успехом соответственной терапии. Наличие усов и бороды встречаем иногда и в до-климактерическом периоде, и также и в этих случаях часто, хотя и не всегда, имеем различные уклонения в половой сфере, ввиде ли отсутствия менструаций, как в выраженном случае Gottheil'я, или ввиде беспричинного, повидимому, бесплодия, как в случае Bartels'а.

Бесплодие вообще часто сопровождает у женщины развитие волос по типу другого пола. Многими авторами гипертрихоз упоминается в качестве признака конституционально-дегенеративного и в этом именно смысле он приводится в числе соматических признаков, часто сопровождающих душевные болезни. Кроме тех случаев, где гипертрихоз данного типа наблюдается у лиц, не представляющих в других отношениях значительных уклонений—кроме этого в литературе описано определенное количество случаев, при которых увеличение роста волос сопровождалось значительными аномалиями со стороны функций желез внутренней секреции, главным образом, половых и надпочечных желез. Обыкновенно те и другие расстройства, т. е. со стороны половых желез и со стороны надпочечников, сочетаются, поскольку, по данным Biedl'а и многих других авторов, те и другие железы функционально теснейшим образом связаны друг с другом. Можно отметить случай Thumim'а—гипертрихоз у 17-ти летней девушки ввиде мужского типа развития волос на лице, груди и linea alba живота. Кроме того, отмечалось появление мужского голоса и атрофическое состояние яичников. При аутопсии были найдены изменения в обоих надпочечниках ввиде 2 узлов в одном из них и опухоли величиной в кулак в другом; в обоих была на-лицо гиперплазия мозговой ткани. В случае Успенской, у 13 летней девочки, после перенесенного воспаления почек, начался рост волос на лице по обычному мужскому типу, а также в подкрыльцовых впадинах и на лобке, с одновременным изменением голоса тоже в сторону низкого мужского тембра. У больной отмечались также сильная потливость, значительное, против нормы, увеличение гемоглобина в крови, повышенное кровяное давление, быстрое ожирение и acne vulgaris на коже лба и тела. При вскрытии больной, погибшей от пнеймонии, была обнаружена врожденная аплазия яичников и гипернефрома справа со значительным переразвитием клеток коры надпочечника. Не буду приводить случаев других авторов, ибо они принципиально не отличаются от двух вышеприведенных в том смысле, что развитие вторичных половых признаков, свойственных другому полу, всегда сопровождалось гипоплазией или аплазией внутренних половых органов—с одной стороны и гипернефромами—с другой. Характерно то, как указывает Biedl, что у женщин, достигших менопаузы, появление гипернефром не вызывало никаких изменений в половой сфере. Эктомия же надпочечников оказывала определенное влияние на половую железу в смысле усиленного развития интерстициальной ткани. В свою очередь после кастрации получаем увеличение

веса надпочечников, главным образом за счет гиперплазии коркового вещества. Частое развитие гипертрихоза при беременности в связи с заболеваниями в женской половой сфере также относят за счет гиперфункции коры надпочечников, тесно связанных функционально с половыми железами. *Ленц* указывает, что клетки коры надпочечников сходны по строению с интерстициальными клетками яичников и что во время беременности у женщин и течки у животных происходит гиперплазия коркового вещества надпочечников. Кроме тех волос, наличие которых является вторичным половым признаком, надпочечники влияют на рост волос вообще. Так, у животных экстирпация надпочечников вызывала выпадение волос. Кроме надпочечников и другие железы внутренней секреции влияют так или иначе на рост волос. Такова щитовидная железа, которая, судя по выпадению волос при гипотиреозе, влияет благоприятно на рост волос. В некотором противоречии с этим стоит наблюдение Parhon'а, отметившего замедление в развитии оперения у молодых уток при кормлении их веществом щитовидной железы. Он же указывает на ненаступление половой зрелости при наличии нелеченной аплазии щитовидной железы в любом возрасте. Выпадение волос встречается и при tetania parathyreopriva, что указывает на связь также и околощитовидной железы с тем или иным развитием волосяного покрова. Гипертрихоз именно ввиде развития у женщин терминального волосяного покрова по мужскому типу часто встречается при акромегалии, причем здесь, по Falta, имеем не непосредственное воздействие мозгового придатка на данное явление, а действие его на воспроизводительную часть половой железы. Это подтверждается тем, что в избыточном количестве развиваются именно волосы вторичных половых признаков. Frankl Hochwart, Biedl и другие указывают далее на ускоренное и усиленное развитие волосяного покрова у детей при поражениях шишковидной железы, причем и здесь действие эпифиза не прямое, а через половые железы. Но к нашему случаю это не может иметь прямого отношения в виду возраста больной.

Наконец Biedl указывает еще на один фактор, могущий иметь влияние на рост волос—на симпатическую нервную систему, иннервирующую мышцы кожных волос. Здесь он сближает влияние n. sympatici с действием гормона надпочечных желез, поскольку действие адреналина идентично с эффектом электрического раздражения n. sympatici. *Брусиловская* приводит случай Crampton'а, где местный гипертрихоз (плеча) развился после повреждения кожно-мышечного нерва при кровопускании. Она же приводит теорию Schein'а о развитии местного гипертрихоза, вследствие прекращения роста кожи данного участка и как подтверждение этого приводит наблюдавшийся ею случай, где у больного с элефантиазисом голени на почве tbc избыточный рост волос развился как раз на границе здоровой и пораженной ткани. Наконец, третье условие избыточного роста волос по тому же автору это перераздражение участков кожи—компрессами, повязками и т. п. *Кассирер* упоминает о влиянии на рост волос невритов, невралгий и поражений симпатического нерва.

Переходя к вопросу о гипертрихозе у душевно-больных, можно сказать, что все авторы упоминают об аномалиях роста волос у этих больных, как об одном из конституционально-дегенеративных в длинном ряду других симптомов дегенерации. Но упоминание о гипертрихозе, развившемся во время болезни, мне удалось найти только у *Крепелина*, который приводит случай развития волос по мужскому типу у женщины, заболевшей шизофренией. Более определенные указания имеются у *Вейгандта*, который говорит о гипертрихозе мужского

типа, как о частом явлении у женщин-шизофреничек, и ставит его в связь с расстройством внутренней секреции, в частности с адреналовой системой. Связь шизофрении с периодом полового созревания общеизвестна, так же как и связь, существующая между расстройствами эндокринной системы, особенно половых желез, и между развитием раннего слабоумия. Предложенная в свое время и не давшая, правда, заметных результатов кастрация при шизофрении служит терапевтическим отражением этого взгляда. Теоретическое подтверждение этого воззрения дала реакция Abderhalden'a, которая хотя и не оправдала возлагаемых на нее надежд, но установила, что в преобладающем числе случаев раннего слабоумия получается положительная реакция с экстрактом половых желез. Подкрепление такого взгляда дает также понижение веса половых желез и найденные в них в последнее время гистологические изменения. Как ни смотреть на роль половых желез при шизофрении, как на первичное или вторичное явление, но отрицать эту патогенную роль при данном заболевании невозможно. Непосредственные указания на связь между шизофренией и нарушением деятельности надпочечников находим у Bleuler'a и Bumke. Первый указывает еще на щитовидную железу. Вообще в ряду других желез с внутренней секрецией избирательно подчеркиваются, как имеющие связь с развитием шизофрении, именно половые железы и имеющие с ними более тесную связь надпочечные и щитовидная.

Необходимо отметить, что среди 115 больных нашего отделения других случаев резкой бородатости не наблюдается, а имеющиеся случаи не резкой, но ясно выраженной, начинающейся бородатости наблюдаются также у шизофреничек. Возвращаясь к нашим больным, у первой находим как раз такой комплекс симптомов, который дает основания связать имеющуюся у нее аномалию роста волос с нарушениями в вышеупомянутой группе эндокринных желез, т.е. в половых и надпочечных железах. Наряду с гипертрихозом, развившемся именно по типу адреналово-полового поражения, мы находим у б-ой грубый голос, а также повышение кровяного давления и признаки избыточного кроветворения. В некотором противоречии с обычным типом гипернефротических поражений стоит только наличие менструации, но они как раз за последнее время стали обнаруживать неправильности в смысле срока наступления. Правда, явления со стороны крови не настолько резки, чтобы можно было высказаться окончательно за наличие поражения надпочечников; но такое поражение вполне правдоподобно. Несмотря на то, что больной 39 лет—возраст, когда возможно наступление климактерия, думать о климактерии, как об единой причине нарушения менструации и появления гипертрихоза, не приходится, поскольку эти два явления слишком не совпадают по времени. Да и вообще у б-ой нет признаков преждевременного увядания. Таким образом возникает вопрос, имеется ли в данном случае единая связь между эндокринными расстройствами, обозначившимися в изменениях со стороны крови и кровяного давления, между гипертрихозом и между шизофреническим процессом. Принимая во внимание имеющиеся литературные данные о частоте нарушений эндокринной деятельности надпочечников при шизофрении, думаю, что такую единую связь можно признать и изобразить ее графически ввиде треугольника, в вершине которого будет эндокринное расстройство, а в двух других углах гипертрихоз и данное психическое заболевание.

Что касается двух других больных, то интересно отметить наследственные черты в анамнезе больной К., причем наследуются как шизоидные черты, так и гипертрихоз. В этом случае волосатость как

будто не связана так тесно с психическим заболеванием, поскольку она была до заболевания, имеется у здоровой сестры и наследуется от психически-здоровой бабки. Но у больной П. волосы на подбородке появились именно в период начала заболевания, следовательно ее можно причислить к тем женщинам, о которых *Крепелин* и *Вейнгандт* ставят в связь психическое заболевание и аномалию волосяного покрова. В этих случаях соматическое исследование не дает каких-либо характерных указаний на расстройство той или иной эндокринной системы. Но во всяком случае меньше всего и здесь можно думать о расстройстве, напр., деятельности гипофиза, о нарушениях в симпатической системе или о трофоневротических причинах появления волос на подбородке. И здесь ближе всего связать гипертрихоз с эндокринными расстройствами в сфере половых желез, на сей раз непосредственно, без промежуточного участия надпочечников, поскольку с этой стороны status praesens не дает никаких указаний.

Настоящие случаи позволяю себе привести, несмотря на недостаток казуистики, потому что: 1) накопление всякого соответственного материала является желательным с точки зрения разработки соматических симптомов душевных болезней и 2) потому что из представленных случаев явно вытекает наличие внутрисекреторных расстройств, с которыми несомненно тесно связан шизофренический процесс—наличие как раз тех расстройств, которые открывают перспективы в терапевтическом отношении.

Литература.

1. *Крепелин.* Психиатрия. Лейпциг, 1909.
2. *Biedl.* Die innere Secretion.
3. *Thumim.* Berlin. Klinische Wochenschrift Januar 1909.
4. *Jdem ibid.* April 1909.
5. *Cassirer.* Die vasomotorisch-trophische Neurosen. Berlin, 1912.
6. *Тертицкая-Брусиловская*: Гипертрихоз и его лечение диатермией. „Русский Вестник Дерматологии“ № 5 1926. Москва.
7. *А. К. Ленц.* Аномалии роста волос, как признак расстройств внутренней секреции. Научная Медицина. № 7, 1920. Петроград.
8. *В. Э. Успенская.* Случай hirsutism'а. Сборник статей по невропаталогии № 1, 1923. Москва.
9. *Белов.* Физиология типов. 1924. Орел.
10. *C. J. Parhon.* Extrait des Comptes rendues des sèances de la Sociètè de Biologie VI—VII 1923.
11. *Jdem.* Quelques considèratios sur l'importance des fonctions endocrines pendant la vie embryonnaire et foetale. Paris.

Редкий случай двухстороннего перелома суставных отростков нижней челюсти.

Д-р Петров и зубврач Нюренберг.

Витебск, Рабочая б-ца имени Калинина.

Случай двухстороннего перелома суставных отростков нижней челюсти, который пришлось нам совместно наблюдать, определенно подчеркивает необходимость самого тесного содружества в работе хирурга и зубного врача, как об этом говорили на XV с'езде российских хирургов Астахов, Лимберг и Энтин. Существует целая пограничная область повреждений костей челюсти, которая настоятельно требует совместной работы: с одной стороны—хирург в обычной больничной обстановке не имеет возможности пользоваться сложными зубоврачебно-техническими приспособлениями для таких специальных целей без зубного врача, как, например, установление правильной артикуляции при переломах, так и с другой стороны—зубной врач не может обойтись без хирурга в ряде тяжелых переломов, преимущественно осложненных, требующих подчас чисто-хирургического вмешательства, как, напр., удаление секвестров, различного рода пластика при повреждениях и т. д.

Мировая война дала колоссальный материал переломов челюстей, что в свою очередь далеко подвинуло вперед молодую науку ортодонтию. В условиях мирной обстановки переломы челюстей представляют собою далеко не часто встречающуюся травму, а если еще добавить, что 90 проц. всех переломов нижней челюсти падает на переломы тела челюсти, то наш случай перелом обоих суставных отростков нижней челюсти является относительно редким, как по частоте, так и по механизму происхождения, и по своему характеру.

Дело идет о больной Хид, 35 лет, которая обратилась по поводу резкой болезненности при движении нижней челюсти и невозможности полного смыкания ротовой щели, возникшей после падения б-ной со стула.

По рассказам больной, она отправилась в театр и принуждена была долго стоять на ногах, затем ослабев она попросила уступить ей место (больная беременна на 6-ом месяце). Присев на стул, больная вскоре почувствовала сильное головокружение, после чего она стала падать вперед и ударилась подбородком об спинку впереди стоящего стула. Придя в себя, б-ная заметила, что она не может плотно закрыть рот и каждая ее попытка в этом направлении сопровождается резкими и сильными болями в обоих суставах нижней челюсти. При взгляде на лицо больной рот представляется полуоткрытым сант. 4—5, подбородок отклонен влево и лицо, вследствие этого, ассиметрично. При ощупывании суставных отростков нижней челюсти отмечается в области шейки того и другого отростков, резкая болезненность, которая при попытке движения еще увеличивается, припухлость и крепитация; кровоизлияния не видно. Вся нижняя челюсть поддалась назад и вверх, причем влево больше, чем вправо, а вследствие этого левый угол

нижней челюсти подошел вплотную к мочке левого уха, правый угол отстоит от соответствующей мочки сантиметра на 1,5. Слева при ощупывании констатируется как-бы оскольчатый перелом и крепитация при пальпации несколько больше, чем справа, где определяется линейный поперечный перелом. Нарушения целости, как кожи, так и слизистой оболочки полости рта, в области обоих переломов не обнаружено. В области подбородка имеется неглубокая рассеченная рана длиною в 3—4 сант., такого-же направления имеется рана в области спинки носа длиною в 1 сант. Обе раны очевидно получены при падении со стула. При осмотре полости рта все имеющиеся у б-ной зубы оказались целыми. При рентгеноскопии обнаружены—оскольчатый перелом шейки левого суставного отростка с резким смещением нижнего отломка вверх и линейный поперечный перелом шейки правого суставного отростка также с значительным смещением вверх и назад.

Итак, мы имели перед собой двухсторонний перелом суставных отростков нижней челюсти, подтвержденный рентгеноскопически.

Прежде всего, интересен механизм перелома. Б-ная получила перелом безусловно при открытом рте, когда у нее закружилась голова и она делая глубокие вздохи открытым ртом, упала, теряя сознание, подбородком на спинку стула; удар пришелся по прямой линии, идущей от вершины подбородка через шейку отростка и сустав к теменному бугру, причем шейка, как наиболее тонкое место, лопнуло при этом. Если-бы б-ная ударилась подбородком при закрытом рте, то перелома нижней челюсти не было-бы, а были-бы выбиты передние зубы верхней челюсти, чего нет у нашей больной.

Играла-ла при этом роль особая хрупкость костей, сказать трудно. Наша пациентка беременна на 6-ом месяце; при бережемности, как известно, повышается кислотность тканевых соков, что в свою очередь связано с остеомаляцийными явлениями (теория Liesegang'а, исследования Hasselbalscha и Gaumeltöft'a) однако клинически у нашей больной ничем это не выражалось. Диагностика данного случая не представляла затруднений: резкая болезненность при движении, полуоткрытый рот и смещение челюсти вверх и назад, крепитация—все это сразу говорило с чем мы имеем дело.

При лечении, для восстановления правильного, первоначального положения нижней челюсти, в виду ее смещения вверх и назад, таковая должна быть вытянута дугообразно вперед и вверх, если устроить из горизонтальной ветви челюсти двуплечий рычаг. Это достигалось тем, что нашей больной были приготовлены скользящие шины по Schröder'у из каучука на верхнюю и нижнюю челюсти с таким расчетом, что в области маляров помещались по одному бугру с наклонными плоскостями из более мягкого каучука, чем вся шина. Как только такая шина была одета и больной было предложено попытаться закрыть рот, во-первых, появилась болезненность на месте перелома, а, во-вторых, замыкание рта значительно увеличилось,—это указывало на выдвигание челюсти вперед. Для окончательного вытяжения нам надо было подбородок поднять дугообразно кверху, для чего мы несколько видоизменили обычное классическое вытяжение по Faltin'у, в виду того, что больная по чисто-местным условиям не могла пользоваться больничным лечением, вместо гипсового шлема и выдающейся вперед Крамеровской шины была устроена вязаная сетка на голову, от которой в области висков книзу по направлению к подбородку с обоих сторон отходили дренажные трубки, привязанные другим концом к мешочку, в котором помещался подбородок. Таким способом, мы достигали двух условий: вытягивали эластической тягой

челюсть вперед и дугообразно, вследствие наклонных плоскостей бугорков шины кверху и фиксировали отломки, чем уничтожали боли. Больная нам подтвердила, что действительно ей стало значительно удобнее и менее болезненно. Питание ей было предписано только в жидком виде и благодаря неполному смыканию зубных краев больная могла без каких-либо трубок проглатывать жидкую пищу. В таком виде больная была отпущена домой с предложением показываться время от времени. На две недели больная исчезла из поля нашего наблюдения и не показывалась. Затем при нашем посещении больной на дому, оказалось, что больная просто по своей малой культурности сняла вытяжение, проносив его два дня. Мотивом к этому послужило неудобное и связанное положение рта, и так должно зажить—был ответ больной на наш вопрос о причине снятия протеза. При об‘ективном исследовании приблизительно через три недели у больной оказалось: в области бывших переломов значительной величины плотные мозоли, слева больше чем справа, хрящевой консистенции, больная свободно смыкает и открывает рот, причем прикус совершенно видоизменился, став ненормальным глубоким, так как нижние фронтальные зубы заходят глубоко в полость рта за верхние фронтальные зубы, почти касаясь твердого нёба. Вследствие оставшегося паталогического стояния челюсти, она так и осталась подтянутой вверх и назад, причем влево больше, чем справа. Лицо ассиметрично и скошено в левую сторону. При движении челюсти отмечается значительная тугоподвижность, хотя, по словам больной затруднений при приеме твердой пищи не отмечается.

Сравнительно благополучное самоизлечение означенного перелома, как в смысле срастания отломков, так и в смысле артикуляции нужно об‘яснить тем, что у больной не было точного прикуса до перелома, вследствие отсутствия моляров и она с‘умела быстро приспособиться к видоизмененному прикусу, по своей малокультурности на ассиметрию лица больная не обратила должного внимания и была довольна тем, что боли успокоились и она может есть твердую пищу.

Заканчивая описание нашего случая, мы позволяем себе сделать следующие выводы: 1) как по литературной статистике, так и по личному опыту (10-12 лет) двухсторонний перелом суставных отростков является редким в мирной обстановке; 2) такой перелом, вследствие косвенной травмы, об‘язательно происходит при открытом рте; 3) диагностика не представляет больших затруднений: на первом месте стоит смещение всей челюсти вверх и назад; 4) терапия сводится к моментам: постоянному вытяжению вперед и дугообразно вверх, фиксации в таком положении челюсти и заботе о питании больного. Контролирующим моментом правильного стояния челюсти является восстановление существовавшего до того прикуса.

Литература.

Port et Euler. Руководство по зубоврачеванию.

Петров. Лечение инфецированных ран.

Труды XV с‘езда российских хирургов.

Шредер. Огнестрельное ранение челюстей и их лечение.

Петров. Внеротовое вытяжение при переломах нижней челюсти. (Врач. Дело. 1919 г. № 26).

Львов. Хирургическое лечение последствий огнестрельных ранений челюстей.

Отчеты и корреспонденции.

Минская заразная больница в 1925-26 году.

(Из доклада Главного врача больницы Урванцова С. П. на открытом заседании ячейки 27 апреля 1926 г.)

Заразная больница открыта 13 ноября 1913 г. В окончательном виде городская советская больница представляла в то время собою небольшой клинический городок, состоящий из 3-х больничных корпусов I, II и III павильонов, дома для врача и смотрителя, дезкамеры, административного корпуса, цейхгауза, кухни, конюшни, людской, ледника и секционной. На площади в 2 дес., обнесенной забором, пространно размещены красивые, изящной архитектуры, одно-этажные, каменные, крытые черепицей, домики, снаружи облицованные кирпичем, а внутри оштукатуренные. Между домиками разбиты аллеи, усаженные деревьями и цветами. В больничных зданиях широкие, светлые, просторные корридоры, высокие, светлые палаты, в палатах паркетные полы, в корридорах, ванных, клозетах и буфетных—терракотовые плитки, стены с закруглениями по углам выкрашены клеевой краской, а панель масляной; в ваннах, буфете, клозетах стены выложены фаянсовыми плитками. Внутреннее расположение палат и комнат позволяет в любой момент, закрыв ту или иную из дверей, превратить павильон в отдельные, изолированные помещения с отдельным ходом, отдельными ваннами и клозетами; таким оброзом, в случае нужды, можно из 1 павильона получить 4 отделения совершенно изолированные и самостоятельные для разного рода инфекции, во II-м павильоне—три отделения, в III-м—два. В I павильоне имеется 9 палат, во II-м—семь, в III-м—четыре. Палаты расчитаны таким образом, чтобы на каждого больного приходилось от 3-4 к. воздуха. Административный корпус разделен глухой стеной на 2 половины, в одной из них находилась квартира ординатора и фельдшера, в другой приемная для больных, кабинет врача, канцелярия, аптека и лабаратория. В здании дезкамеры помещается прачешная, баня и котельная со слесарной и угольной. Освещение электрическое. Отопление, кроме кухни и людской, центральное, паровое: паровые котлы служат одновременно и для прачешной и для вентиляции. Вентиляция вытяжная в больничных зданиях и проточная. Во всех палатах устроены также откидные верхники. Вода проведена из городского водопровода. Имеется биологическая очистка. Все павильоны были соединены внутренним телефоном, помимо городского. Оборудование: массивные железные кровати с железными сетками, прикроватные столики, деревянные, эмалированные, такие же табуретки и в корридорах диваны. На устройство заразной больницы с ее оборудованием израсходовано около 200 т. р. В таком виде была 13 лет т. н. остро-заразная больница. В настоящее же время, благодаря тяжелому экономическому положению страны, больница не подвергалась в продолжение многих лет систематическому ежегодному ремонту, вследствие чего требует срочного капитального ремонта.

Первоначально, (в 1913 г.), больница была открыта на 60 коек, затем расширена на 100, а в настоящее время доведена до 155, считая и волчаночное отделение. Для остро-заразных больных отведено 110 коек, которые, в случае надобности, могут быть увеличены для кожно-венерической клиники 45, из них 10 волчаночных. Остро-заразные больные принимаются беспрепятственно. В 1925 г. не было ни одного отказа в приеме остро-заразных больных, несмотря на переполнение больницы; этого же принципа придерживались и в текущем году. Кожные и венерические больные поступают через вендиспансер, который ежедневно уведомляют по телефону о наличности свободных коек; волчаночные больные и окружные препровождаются из эвакоприемника. Амбулатория по кожным и венерическим болезням к началу текущего года закрыта. Остро-заразные больные поступают предварительно в приемную при изоляторе, после осмотра дежурным врачем направляются в соответствующий павильон, там стригутся; если возможно по состоянию здоровья—моются, переодеваются в больничное белье и платье и направляются в палаты. Несовершенство такого порядка говорит о необходимости создания при больнице приемника. Кожные и венерические больные, помимо приемной, направляются непосредственно в клинику.

Движение больных в 1925 г. выразилось в следующих цифрах:

НАЗВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ	Состояло	Поступило	Выписано	Умерло	Состоит на 1926 г.	Проведено коечных дней
Заразное	79	909	785	100	103	21630
Кожное	12	145	138	1	18	6177
Венерическое . . .	25	264	267	2	20	7942
Туберкулезное . . .	10	70	80	—	—	2503[1])
Терапевтическое . .	16	129	129	16	—	3032[2])
ИТОГО . .	142	1517	1399	119	141	41284

Амбулаторный прием по кожным заболеваниям в продолжение 8 месяцев выразился: первичных посещений 338, повторных 124, итого 462; по венерическим—первичных 236, повторных 131, итого 368. Всего амбулаторных больных зарегистрировано 830. С распоряжением принимать в клинику больных через вендиспансер существование амбулатории оказалось излишним и она была закрыта.

Среди инфекционных заболеваний в прошедшем году преобладала скарлатина, получившая как в городе Минске, так и в окрестностях эпидемический характер, всего за год госпитализировано 448 больных скарлатиною, из них умерло 55 чел. (12% смертности); повышенный процент смертности об'ясняется тем, что в больницу сплошь и рядом доставлялись в безнадежном состоянии, за несколько часов до смерти. В городе зарегистрировано за год 1251 больной, следовательно

[1]) Январь—июль.
[2]) Январь—июнь.

госпитализировано всего 35 проц. больных скарлатиной; допущение лечения на дому и вызвало столь распространенное заболевание. Другие инфекции имели лишь спорадические случаи. В текущем 1926 г. за 3 месяца имело место следующее движение больных:

	Заразн.	Кожн.	Венер.	Всего
Январь	76	14	21	111
Февраль . . .	58	12	18	88
Март	58	7	18	81
ИТОГО . .	192	33	55	280

Интересно сопоставить отчет 1925 года с первым отчетным годом—1914, в том году поступило 1075 больных, а всего с оставшимися от предыдущего года, 1230 больных, из них умерло 9 проц., число проведенных дней 21814, из них 8947 было платных (из уезда, железнодорожники и др. учрежд.). Содержание больного обошлось в 1 р. 77 к. в день.

В 1915 г. число поступивших больных 1340, а вместе с оставшимися от предыдущего года 1405, выздоровело 1024, умерло 329 (23,4 проц.), число проведенных дней 19904: израсходовано 51153 р. 76 к., средняя стоимость содержания больного в сутки 2 р. 57 к.

Продовольствие, согласно сметы, определено в 25 к. на человека.

Утром чай, сахар, полубелый хлеб, в обед суп, борщ или щи, котлеты или жаркое, каша, ужин—подбеленный суп. Установлена общая порция, слабая и молочная.

Общая		Слабая		Молочная	
1. Мясо . . .	150,0	1. Булка . . .	200,0	1. Булка . . .	200,0
2. Сало . . .	20,0	2. Сахар . . .	20,0	2. Сахар . . .	15,0
3. Соль . . .	15,0	3. Соль . . .	15,0	3. Соль . . .	15,0
4. Сахар . . .	20,0	4. Молоко . . .	$^3/_8$ л.	4. Молоко . . .	$^3/_4$ л.
5. Овощи . . .	400,0	5. Масло . . .	8,0	5. Масло	8,0
5. Крупа . . .	60,0	6. Крупа (рис) .	80,0	6. Крупа . . .	80,0
7. Лук, перец с листом добавляется по вкусу	—	7. Овощи . . .	400,0	7. Овощи . . .	400.0
8. Хлеба . . .	500,0	8. Мясо . . .	50.0	8. Чай	0,5
9. Яичко . . .	$^1/_5$	9. Чай	0,5		
10. Булка . . .	24,0				

10 чел. волчаночных больных получают усиленное питание, на них расходуется по 90 коп. в день на человека, получают хлеба; 500,0, мяса150,0, сала 20,0, масла 60,0, крупы 95,0, соли 15,0 сахара 57,0, яиц 2 шт., молока $^1/_2$ л., колбасы 100, какао 6,0, овощей 400,0 и булки 1 шт., кроме того прибавляется для вкуса лук, перец и проч.

При больнице ежегодно на 3 дес. засевается огород для больничного хозяйства и служащих. Работа испольная. Обрабатывает артель из служащих.

Переходя к медицинской помощи, необходимо прежде всего остановиться на большую работу проделанной аптекой.

При отпуске аптека строго придерживается нормы рецептов по каталогу медикаментов для амбулаторных и районных врачей, изд. НКЗ. Исследования микроскопические и химические производятся в больничной лаборатории, кстати сказать, очень бедно и скудно обставленной наиболее сложные исследования направляются в Пастеровский Институт.

Уход за больными в 3 горсовбольнице поставлен хорошо, персонал б. ч. опытный и стоит на высоте своего положения. Персонал состоит из 98 чел. служащих (первые зимние месяцы 99, остальные летние 97, исключаются на лето два кочегара), из них 5 врачей (не считая клинических), 3 фармацевта, 1 лекпом, 25 сестер милосердия, 2 надзирателя, 33 санитарки, 4 служащих дезкамеры, 2 канцелярских служащих, 3 по хозяйству, 5 кухонных рабочих, 4 прачки, 3 в котельной, 6 сторожей и рабочих и 2 кучера.

В 1914 г. штат состоял из 39 человек служащих: 2 врача, 1 фельдшер, 1 смотритель больницы, 6 сестер милосердия, помощник провизора, фельдшер, заведывающий дезкамерой, кастелянша, машинист, кочегар, 10 палатных служителей, 5 сторожей, 2 кучера, дворник, повар, помощник повара, судомойка, 3 прачки и 1 полотер.

Несмотря на обслуживание застрахованных и их семей, служащие никакой дотации, даже в период скарлатинозной эпидемии, не получали. Было дано об'яснение по этому поводу, что число застрахованных в заразной больнице незначительное, но по годовому отчету за 1925 г., число застрахованных и их иждивенцев равнялось 42 проц. На специальном заседании больницы по поводу дотации выставлена была уже другая причина, было заявление, что борьба с эпидемическими заболеваниями есть дело государства и оно должно обеспечить работников прибавкой к содержанию на вредность. Таким образом вопрос встал в другой плоскости. Но желательно было бы знать, если борьба с эпидемическими заболеваниями есть дело государства, то почему заразная больница находится на местном бюджете, а не на государственном, а во-вторых почему была ассигнована значительная сумма в распоряжение Ц. Р. А. на борьбу с гриппом, ведь грипп относится как будто тоже к заразным заболеваниям. В связи с эпидемией гриппа окружная страхкасса получила в марте дефицит 58 тыс. руб.; за 2 мес. эпидемии выплачено пособия до 45 тысяч руб., а сколько выплачено добавочных районным врачам за перегрузку? В продолжение 6 месяцев эпидемии скарлатины из фонда „Г“ израсходовано всего 2503 р. 75 к. на увеличение временного персонала, но категорически было отказано в усиленном питании застрахованным и их иждивенцам, в дежурном пайке для временных служащих и дотации персоналу, ухаживающему за застрахованными. Представитель здравоохранения заявил, что вопрос о прибавке на вредность может быть возбужден лишь при составлении новой сметы, но пройдет ли таковая, он не ручается, а пока рекомендуется строго придерживаться сметы. Что касается эпидемических сумм, то выяснилось, что на них

служащие также расчитывать не могут. Из эпидемических сумм было дано на приспособление б. здания больницы хроников и др. расходы в сумме 700 с лишком рублей. Таким образом поднятый вопрос о дотации к содержанию служащих заразной больницы не сошел с мертвой точки, несмотря на усиленные хлопоты администрации с месткомом во всех инстанциях.

Часть служащих, приблизительно проц. 50, проживают в общежитии на территории б-цы и отчасти в больничных зданиях. Указанные служащие пользуются пока бесплатно коммунальными услугами, несмотря на неоднократные требования Комхоза и Окрздрава удерживать с них из содержания на этот предмет.

Общежитие требует капитального ремонта, в настоящем виде оно представляет из себя полуразрушенное здание, только необходимость заставляет служащих в нем проживать, но вместе с тем, как в интересах больницы, так и служащих необходимо общежитие изолировать от больницы, обнеся его забором и открыв вход с улицы. При общежитии имеется комендант и жилищная тройка.

Уход за больными в 3-ей б-це поставлен хорошо, в этом отношении больница может гордиться и население спокойно за своих больных. Но не так хорошо обставлены больные в других отношениях. Одежда и белье в большинстве случаев ветхое, в заплатах, изношенное, не хватает женского и детского белья. Совершенно нет обуви, больные ходят или в лаптях, или босиком. Вид больных нищенский. По смете на это положено 750 руб. в год, но и эта незначительная сумма полностью снята при сокращении сметы, таким образом в нынешнем году не приходится расчитывать на изготовление нового белья и одежды. Больничная комиссия уже немало исключила изношенного до тряпок, белья, а заменить нечем. Инвентарь б-цы из прилагаемого списка, как видно, скудный и не соответствует положенному по штату 150 коек.

Обстановка б-цы сборная, прежнее оборудование исчезло, вывезено в Смоленск, где и пропало. Ванные стенные умывальники б. ч. сохранились. Часть мебели роздана служащим в общежитие. Для волчаночного отделения приобретены—большой круглый стол, два палатных стола, шкап для посуды и другой для книг и дюжина стульев, вся мебель окрашена в белую масляную краску. На приобретение мертвого инвентаря сметою назначено 500 руб., но впоследствии сокращено до 100 руб., понятно б-ца обновить свою жалкую обстановку на эту смету не сможет.

Освещение во всех зданиях, кроме общежития, электрическое, проведенное из общегородской сети. В палатах для больных устроены лампочки посредине потолка.

В связи с несвоевременным переоборудованием электричества не работают моторы в дезкамере, прачешной и на биологической очистке. 3 старых мотора в конце прошлого года были проданы, как негодные, из новоприобретенных имеется всего один в 4 силы, покупка других моторов задерживается отсутствием средств. Рентгеновский кабинет по тем же причинам бездействовал и больнице приходилось направлять больных в ЦДА.

Отопление в больничных и жилых зданиях, кроме кухни, людской и общежития, центральное, паровое, в $^1/_{10}$ атмосферы, при помощи радиаторов, установленных в нишах под окнами; паровые трубы (равно и водопроводные) проведены внутри стен, а наружные части окрашены оцинкованной краской, не поддающейся действию высокой температуры. Котлы установлены в котельной при здании дезинфек-

ционной камеры, давление $1/2$ атмосферы. Паровые котлы служат одновременно и для прачешной и для вентиляции. Котлов два—один большой для работы зимой, другой меньших размеров для работы летом, в случае постройки новых зданий могут быть пущены оба котла вместе; площадь нагревания 706 кв. саж.

Вентиляция во всех помещениях, во избежание, занесения заразы из одного отделения в другое, устроена вытяжная и при том так, чтобы в вытяжных камерах, при опрокидывании воздуха, он не мог бы из одного отделения барака попасть в другое. В больничных павильонах имеется и приточная вентиляция, устроенная таким образом, что воздух, проходя по особым каналам, подвергается нагреванию и увлажнению и уже затем вгоняется с помощью электрических нагнетателей-вентиляторов. Кроме того, во всех палатах устроены в окнах откидные верхники. В отношении обмена количества воздуха вентиляция устроена со следующим расчетом: в жилых помещениях 1 об'ем в час, в палатах, корридорах, буфетных комнатах и ванных 2 об'ема, в клозетах, кухнях—3 об'ема. Вентиляция требует капитального ремонта и работает не везде и далеко не в полной мере. Вода в больницу проведена из городского водопровода. Действительный расход воды по 1.575.000 литров в месяц. Клозеты фаянсовые с откидными на противовесах крышками с очень узкой рамкой для сидения, во избежание возможности становиться ногами, но уже во многих местах крышки поломаны и исчезли фаянсовые чашки, поразбивались. Требуется восстановление прежнего вида. В мужском отделении писсуары фаянсовые с длинными носками.

Ванны чугунные, эмалированные, такие же умывальники. Последние поставлены во всех ванных комнатах, буфетах, корридорах и больших палатах. Вся арматура и краны никелированные, особого типа, действующие и при нажатии и при повороте.

Вода из всех помещений больницы собирается по трубам для переработки путем биологической очистки. Вода из прачешной, освобожденная от жира особым жироуловителем, а остальная непосредственно, без предварительной обработки, попадает в ряд колодцев септик-тенков, число их пять, жидкость из одного колодца в другой попадает через сифонные трубы, установленные в верхней половине, из последнего колодца жидкость с помощью электрического двигателя перекачивается в окислитель; перекачивание происходит автоматически и периодически в зависимости от уровня стояния в колодце. Окислитель состоит их двух отделений, заполненных шлаком, на который жидкость из септик-тенков попадает в распыленном состоянии, пройдя через трубы с рядом отверстий. Из окислителя сточные воды попадают в особый колодец, где при помощи особой турбины производится смещение их в целях дезинфекции, с раствором хлорной извести, откуда поступают в пять поглощательных колодцев. Таково устройство биологической очистки, но в настоящее время и здесь требуется ремонт и переделка, иначе биологическая очистка не будет удовлетворять своему назначению. Минская биологическая очистка расчитана на 1.500 ведер в день.

В виду исключительного значения, которое имеет в жизни заразной больницы дезинфекционная камера, необходимо остановиться на ней подробнее, тем более, что устройство ее само по себе заслуживает внимания. Камера помещается в одном здании с прашечной и состоит из двух отделений: грязного и чистого; оба отделения разделены стеной, в которой имеются два отверстия, одно небольшое (окошко) герметически закрытое двойным стеклом и дающее возмож-

ность дезинфектору следить за работой в грязном отделении, другое диаметром в параформалиновую камеру, которое герметически вставлено в это отверстие таким образом, что одна дверца открывается в грязное отделение, а другая в чистое. Грязное отделение состоит из небольшой серной камеры, стенного шкапа, куда складываются заразные вещи и хранятся до дезинфекции, большое помещение, где имеется бучильник, расположенный таким образом, что одна половина его крышки открывается в эту комнату, а другая за стеной в стиральное отделение прачешной. Бучильник с проведенной в него холодной и горячей водой служит для замачивания белья в дезинфекционных растворах.

У второй стены этой комнаты имеется параформалиновая камера, через которую и производится нагрузка камеры вещами, подлежащими дезинфекции, для чего в самой камере имеются кулисы, легко выдвигаемые на катках из камеры.

Чистое отделение дезинфекционной камеры состоит из машинного отделения и конторы, контора служит для приема на производств. дезинфекций, канцелярской работы и хранения дезинфекционных средств и аппаратов, а машинное отделение для производства собственно дезинфекции. Здесь размещены следующие приборы: 1) параформалиновая камера с двойными стенками, вакум фирмы Швабе; 2) испаритель для формалина с расположенным внизу собирателем отработанного формалина, из которого содержимое ручным насосом перекачивается в испаритель; 3) электрический мотор 2 сильный и насос для разрежения воздуха в камере и 4) паровой котел давлением в 3 атмосферы с ручным и водонапорным питательным насосом для воды.

Камера дает возможность производить дезинфекцию паром и формалином при низком и высоком давлении и при желательной температуре (до 120° С). В настоящее время за отсутствием мотора и электрического тока не приходится пользоваться отрицательным давлением в камере, вследствие чего дезинфекция не всегда достигает цели, а серная портит одежду и, конечно, заслуженно вызывает нарекания. Вся одежда прежде чем поступить в склад для выдачи выписывающимся больными, подвергается дезинфекции.

Работа дезкамеры и дезинфекционного отряда за 1/2 года выразилась в следующих цифрах:

	Количество			Расход					Пар. камера		
	Формалин	Сера	Влажн.	Кубатура	Спирт	Формалин	Сера	Жидкость	Парав.	Форм.	Сера
Октябрь 1925 г.	150	2	42	48 630	109.000	97.600	10.800	24 550	50	4	18
Ноябрь „	135	2	14	30.240	86.400	78.500	8.400	19.900	20	—	25
Декабрь „	212	2	38	26.856	132.600	134.400	82.400	47.500	21	—	18
Январь 1926 г.	139	3	3	13.820	94.500	94.550	37.400	3.100	18	—	16
Февраль „	148	2	3	16.365	113.480	96.300	29.600	1.900	38	5	18
Март „	82	5	3	8.495	63.150	53.450	17.000	4.000	13	5	9
Итого .	866	16	103	144.406	599.130	554.800	185.600	100.950	160	14	104
	985										

Во время разгара скарлатинозной эпидемии и громадного количества требований на производство дезинфекций высылались два отряда. Завдезкамерой время от времени проверяет работу дезинфекторов. Был возбужден вопрос, чтобы во главе всего дезинфекционного дела стоял врач, но ранее нового сметного года не приходится об этом говорить. На приобретение дезинфекционных средств по смете отпущено всего 2.000 руб. в год, принимая во внимание колоссальное количество дезинфекций во время эпидемии скарлатины, когда пришлось, кроме частных домов, по несколько раз производить дезинфекции в обширных зданиях, как-то: школы, казармы и пр., то указанных средств не хватило и уже в марте с. г. НКЗ ассигновал добавочно 300 руб., в настоящее время вновь забрано в аптекоуправлении дезинфекционных средств на 530 руб. и без дальнейшего субсидирования придется дезинфекцию в городе приостановить.

Прачешная состоит из двух отделений;—стирального и сушильного. В стиральной имеются: 1) железобетонный чан для замачивания грязного белья; 2) бучильник, сообщающийся с дезкамерой, к краю бучильника прикреплена ручная выжималка; 3) приводная, паровая стиральная машина; 4) центрофуги; 5) электрический мотор для приведения в действие как указанных машин, так и катка для белья; 6) деревянный чан для кипячения белья; 7) железный луженый котел для растворения мыла; 8) четыре балеи; 9) большой деревянный чан для полоскания белья; 10) напорный резервуар для холодной воды; 11) котел с горячей водой и пр. Сушильное отделение помещается во втором этаже и состоит: 1) сушильная камера, 2) каток английского типа и 3) специальная печка для разогревания чугунов и пр.

Вентиляция прачешной производится впусканием наружного воздуха, нагреваемого особыми ребристыми трубами и вытяжкой через каналы на чердаке. В виду перемены электрического тока на переменный электрический мотор не работал всю зиму, вследствие чего стиральная машина, каток и проч. машины приводились в действие ручным способом, по той же причине не действовала вентиляция, пар, не имея выхода, наполнял прачешную. Прачки не только производили излишнюю работу, но и находились в тяжелых антигигиенических условиях. В помощь четырем прачкам была на время эпидемии взята еще одна прачка. Служащим во время мытья больничного белья строго воспрещено мытье своего белья, но для них специально предоставляется прачешная раза 2-3 в месяц. За 6 мес. октябрь—март—вымыто 8590 к-о белья (536 пуд.), по 1631 к-о в месяц (90 пуд.), израсходовано 252 к-о мыла и 131 к-о соды.

Баня состоит из 3 отделений: раздевальни, мыльной и парильни, баня небольшая и служит исключительно для служащих, топится довольно редко.

При больнице имеется секционная и в подвальном этаже покойницкая. Секционная запущена и требует ремонта. Вскрытия теперь не происходят.

В целях лучшей постановки больничного дела в 3 горсовбольнице необходимо в срочном порядке собрать санитарную комиссию при Окрздраве и обсудить детально все поднятые выше вопросы; оборудованная больница во всех отношениях будет привлекать население к госпитализации и этим достигнется главная цель в борьбе с эпидемическими заболеваниями. Необходимо командировать техника с целью осмотреть больницу и произвести в самом недалеком будущем капитальный ремонт, обратив особое внимание на центральное отопление. Большая нужда в устройстве при 3 горсовбольнице операционной для

производства на месте срочных операций для находящихся там на излечении, так как ни одна хирургическая клиника, ни одна больница не принимают для оперирования из острозаразной больницы и таким образом больные остаются без операционной помощи. Приемник должен быть устроен в первую очередь, без приемника остро-заразная больница не может обходиться, возможно для этой цели приспособить здание секционной. Здание, где находится теперь изолятор, должно быть отведено всецело для больных, в административном корпусе сосредоточить канцелярию, аптеку, лабораторию, местком, дежурную. Прочие недостатки и нужды устранятся при составлении новой сметы, всецело связанной с ассигнованием средств на новый бюджетный год.

Из деятельности летних яслей при сельском Диспансере в с. Братьковичах, Калининского Округа в 1926 году.

А. Д. Мельников.

Открытие детских яслей в с. Братьковичах в 1926 г. явилось первым конкретным мероприятием в работе Диспансера в области охраны детского крестьянского населения. Следует отметить, что только благодаря широкой материальной помощи ЦК Белор. Общества Красного Креста, мероприятие это получило практическое свое осуществление и положило прочный фундамент на все последующие годы в развитии этого дела в таком глухом углу Белоруссии, как с. Братьковичи. Неудивительно поэтому, что вся проделанная в этом году работа в детских яслях прошла под флагом Красного Креста и явилась лучшим агитационным моментом в деле распространения среди крестьянского населения идеи общества, что и выразилось в довольно значительном вступлении крестьян в члены его. Самым основным и важным моментом в открытии яслей в с. Братьковичах явилось приобретение О-ом Красного Креста дома для яслей. Кому неизвестно тяжелое квартирное положение в глухих уголках нашей Белоруссии, поэтому иметь в деревне хороший светлый теплый дом, состоящий из целого ряда комнат, да к тому же и фруктовый сад при нем, это настоящее благо для детишек нашего крестьянина, привыкших к темноте и неопрятности своих убогих, дурно-пахнущих, душных помещений.

Дом был частично отремонтирован, перестланы и окрашены полы, исправлены и окрашены в белый цвет все окна, здание тщательно осмотрено и проконопачено, печи отремонтированы. Прилегающий к дому сад дал возможность не только играм детей на открытом воздухе, но оказался большим подспорием в питании детей своими фруктами. Сад этот, площадью в $^1/_2$ десятины, состоящий из 70 здоровых фруктовых деревьев, закреплен за яслями в постоянное и безвозмездное пользование постановлением местного РИК'а. Наличие около дома довольно значительного огородного участка, входящего к общую площадь сада, и приобретение Диспансером сарая для хозяйственных надобностей дополняют общую картину хозяйственного благополучия яслей.

На содержание яслей Диспансеру было отпущено Красным Крестом 125 р. Исходя из этой суммы нельзя было расчитывать на большую работу, и было решено открыть ясли только на десять детей, из самых бедных крестьянских семейств.

Ясли были открыты 19 июля в самый разгар сенокоса. Но вскоре материальное положение яслей улучшилось, благодаря дополнительному ассигнованию средств Калининским Окрисполкомом в сумме 200 р. и разрешению Калининского Окружного отделения Красного Креста использовать для нужд ясель те суммы (40 р.), которые собрались из членских и вступительных взносов в о-во Красного Креста в с. Братьковичах.

Таким образом, всего на содержание яслей оказалось отпущенными 365 рублей, что дало возможность открыть ясли на тридцать мест, что и было сделано. Сравнительно с теми суммами, которые отпускались на содержание яслей в других местах, эта сумма все же оставалась очень незначительной и была использована, главным образом, на питание детей и приобретение самого необходимого инвентаря; в счет этих денег была приглашена нянька, весь же остальной обслуживающий персонал был переброшен из Диспансера, а именно: одна медицинская сестра для заведывания яслями, одна патронажная сестра для воспитательной работы с детьми и одна санитарка для исполнения обязанностей кухарки. Конечно, такая переброска служащих затормозила несколько основную работу Диспансера, но учитывая время полевых работ, время отпускной кампании,—эта переброска особого ущерба работе Диспансера, не принесла. Весь этот персонал был размещен на постоянное жительство в здании ясель, кроме того, здесь же было отведено помещение для работающей в области охраны материнства и младенчества по Диспансеру фельдшерицы-акушерки, которой была поручена медицинская часть в яслях. В отношении всей жизни детей в яслях было обращено главное внимание на создание для детей уютной и теплой обстановки, возможность же разместить весь обслуживающий персонал в помещении яслей весьма благоприятствовала этому, и из наблюдений над детьми можно выявить, что этого удалось добиться; дети быстро привыкали к яслям, выказывали привязанность к занимающимся с ними служащим и нередко не хотели уходить из ясель домой.

Отбор детей в ясли произвел Ком. Общ. Взаимопомощи при участии медработника от Диспансера. Правда, отбор этот подвергался потом некоторым изменениям, считаясь с мнением населения, в связи с чем часть детей пользовалась яслями не все время с момента открытия и до конца функционирования, а заменялась другими. Яслями пользовалось 37 человек, и в общем дало возможность удовлетворить полнее потребность крестьянства, т. к. для него и двухнедельное пребывание ребенка в яслях имело громадное значение в разгаре полевых работ.

По социальному положению состав детей этих слагался из 9 середняков, 2 детей служащих и 26 дет. бедняков в возрасте от 1 до 5 лет. Кроме этих детей, находящихся в яслях на полном содержании, ясли посещались еще детьми для игр, в среднем за все время функционирования яслей ежедневно было 3 детей играющих. Ясли функционировали с 19 июля по 1 октября, т. е. весь период полевых работ, включая сенокос, жатву, посев и сбор картофеля. За этот период времени чистых рабочих дней в яслях было 60 и свободных 12, из коих 9 дней отдыха для служащих каждое воскресенье и 3 дня крестьянских религиозных праздника, в которые они детей в ясли не понесли.

Средняя посещаемость яслей детьми было 29 ежедневно, кроме играющих, таким образом в среднем ежедневно один ребенок отсутствовал. В жизни ясель практиковался такой порядок, что заведывающая яслями выясняла причину неявки детей в ясли посещением родителей на дому, если ребенок отсутствовал в яслях второй день. Путем таких посещений были выявлены причины непосещения, которое сводятся к следующему: 1) болезнь ребенка, 2) семья с раннего утра была занята работой и некому было отнести детей в ясли, 3) неблагоприятная погода, 4) далеко нести детей в ясли, 5) хлопотно отнести и ходить за детьми обратно.

Считая время пребывания одного ребенка в яслях в течение одного дня за один яследень, всего детьми проведено в яслях 1297 ясле-дней. Продолжительность пребывания детей в яслях в течение каждого дня выражается в следующих цифрах: 32 дня по 11 часов, 9 дней по $10^1/_2$ часов, 11 дней по 10 ч., 6 дней по $9^1/_2$ часов и 2 дня по 9 часов, что вызвало переработку обслуживающего персонала за все время в количестве 95 часов. Вызывалось это тем, что в связи с сезоном полевых работ, дети поступали в ясли очень рано и забирались родителями домой поздно вечером.

Распорядок детского дня составлялся из утреннего чая, завтрака, обеда, послеобеденного чая и ужина. В промежутках между этими моментами происходили детские игры, сон, физкультура и прочие занятия. Чай устраивался в 9 ч. утра и в 5 ч. вечера. К чаю давался, сахар и белый хлеб, изредка яблочный пирог или черный хлеб, иногда молоко. Завтрак давался в 11 часов утра, обед в 3 ч. дня и ужин в 7 ч. вечера. Всего было отпущено за все время 42 завтрака, 60 обедов и 60 ужинов. Неполное число завтраков об'ясняется тем, что иногда дети являлись в ясли позже обыкновенного, так что дача чая и небольшой промежуток до обеда делали завтрак излишним. К столу подавался постоянно ржаной хлеб собственной выпечки.

Вследствие отдаленности от ближайшего местечка (20 верст), получение мяса было очень затруднительно. Продукты закупались в кооперации, из частных рук, заготовлялись хозяйственным способом и, наконец, использовывались собственные продукты из сада.

В яслях дети находились в собственной одежде, т. к. в яслях одежды за недостатком средств не было, за исключением шести платьев, которые употреблялись для переодевания детей, в случае надобности.

Инвентарь ясель составлялся частью из специально приобретенных для этой цели предметов, частью же из предметов, взятых заимообразно из Диспансера и частных лиц бесплатно и за плату. Всего инвентаря приобретено для яслей на 26 р. 34 к., белья на 94 р. 68 к., одежды на 4 р. 20 к. и игрушек на 6 р. 45 к., при этом следует отметить, что белье и платья для яслей шились самими служащими Диспансера и яслей бесплатно, закупался только материал. В процессе работы ясель постоянно чувствовался недостаток в инвентаре, главным образом, в кроватках, матрацах, подушках, полотенцах, белье и т. д. Из общего количества находившегося в яслях инвентаря 20 проц. состояло в заимообразном пользовании, из коих 0,2 проц. за плату.

Такова хозяйственная сторона деятельности ясель. В основу своей работы ясли ставили воспитательную задачу в самом широком смысле этого слова. Отсутствие подготовленного для этой цели персонала чувствовалось, но все же общими усилиями персоналу ясель удавалось проводить воспитательную работу, давшую несомненно известные достижения.

Принятые в ясли дети обнаруживали много отрицательных качеств в своем характере: они были дикими, грубыми, жадными, непослушными, необщительными, неопрятными, сквернословили, употребляя нередко площадную ругань, проявляли целый ряд нездоровых привычек. Все эти отрицательные черты явились в первую очередь об'ектом воспитательного воздействия. Регулирование питания, игр, отдыха и вообще всего распорядка детского дня вносило известный порядок в духовной жизни детей, семейная обстановка, спокойствие и выдержка персонала вносили в детскую жизнь успокоение. Дети начали постепенно

свыкаться друг с другом, постепенно устанавливалась дисциплина, с помощью родителей искоренялись наиболее развращающие детскую семью, особенности некоторых детей. Таким образом постепенно установилась благоприятная атмосфера для более детального и индивидуального подхода к детям.

Необходимое внимание было обращено на развитие здоровых гигиенических навыков. С этой целью детей приучали мыть руки перед едой, не плевать на пол, пользоваться отдельным полотенцем. Это составляло своего рода практические занятия, к которым дети относились с интересом. Плевательницы служили для них занимательной новостью, с особым интересом дети старались плюнуть в них, стараясь попасть в отверстие. Для умывания был устроен низко рукомойник, и дети самостоятельно, под наблюдением сестры, упражнялись в умывании рук и лица. Для утирания имелись отдельные полотенца. Все эти мероприятия постоянно сопровождались раз'яснениями их смысла и полезности. Особого труда стоило приучить детей заявлять о своих естественных надобностях, для этой цели в яслях имелся горшок, которого дети вначале очень боялись. Всем детям коротко стриглись волосы под машинку, и все они ежедневно умывались как по прибытия в ясли, так и в течение дня по мере надобности в целях поддержания чистоты тела и воспитания в них привычки к чистоте.

В целях развития духовных способностей, детям рассказывались сказки, читались детские книжки, показывались картинки, приучали запоминать стихи и песенки, играли на граммофоне, устраивали хороводные песни, коллективные игры, складывание из кубиков фигур, рисование. Поскольку позволяла погода, дети находились на открытом воздухе в саду, где была устроена на солнечной стороне площадка и качели. Игры выбирались наиболее подвижные в интересах физического развития, кроме того, детей заставляли производить ритмические свободные движения под счет, пение и т. д. В дополнение ко всему этому, детям давались игрушки: мяч, повозки, куклы, кегли, кубики большие и малые, тачка, лопаточка, грабли, лошадки, коровки, птички и прочее.

Наблюдавшиеся детские преступления служили поводом для воспитательного воздействия, в котором нередко принимали участие сами родители. Самым большим наказанием для упорствующего преступника было изолирование его из круга играющих на несколько минут, лишение конфект в пользу обиженного, лишение игрушки. Указанные меры воздействия достигали цели и детские преступления изживались. В результате пребывание в яслях сказалось в ряде достижений. Дети привыкли умывать руки перед едой, они следили в этом отношении друг за другом и сообщали сестре о попытке товарища сесть к столу с немытыми руками. При посещении крестьянских семейств на дому, по поводу проводимого поголовного медосвидетельствования населения, приходилось наблюдать случаи, когда, при входе в дом, ребенок, бывший в яслях, протягивал ручки и говорил, что они у него чистые, что его научили мыть их в яслях, что и у его братца тоже чистые руки. Дети привыкли пользоваться плевательницами, есть из отдельной посуды, вытираться отдельным полотенцем. Наблюдались случаи, когда сами дети делали замечание друг другу за плевание на пол, правильно об'ясняя, почему этого нельзя делать. Естественные отправления упорядочились, и горшок перестал быть страшным. Некоторые родители рассказывали, что ребенок их теперь требует горшка для отправления естественных надобностей. Проявился интерес к книге, заучиванию стихов, многие дети заучили наизусть некоторые песни

стихи и сказки. Имя Ленина, бюст которого находился на самом видном месте, стало им хорошо известно. Дети научились лучше говорить, стали более общительными, послушными, старшие не обижали младших и даже проявляли о них заботливость. Ко всему этому они развились физически, благодаря правильному и хорошему питанию, гигиеническим условиям жилища и образа жизни. Воспитательная работа в яслях учитывалась по системе дневника.

Следует еще отметить медицинскую сторону, которая выражалась в постоянном наблюдении за состоянием здоровья детей. Перед приемом в ясли все дети были подвергнуты медицинскому освидетельствованию. За все время функционирования ясель среди детей наблюдались три случая заболевания, из них два случая гриппа и один— острого энтерита.

В целях инспекторского надзора, ясли посещались представителями органов власти, а именно председателем окрисполкома, завокрздравом, представителем РИК'а, женотдела, прокуратуры, союза медсанруд как окружного, так и районного, сельсовета и местного населения в лице делегаток.

В целях выяснения результатов проведенной ясельной работы, Диспансером было предпринято обследование всех семейств, дети которых посещали ясли. По вопросу о замеченных родителями недочетах в работе ясель не было заявлено ни одного замечания, все отзывались с похвалой и благодарностью и отмечали благотворное влияние яслей на их детей.

Для примера можно привести наиболее характерные ответы родителей.

Ответ Шариковой Лидии Федоровны: „Недостатков в работе ясель никаких не подмечено. От ясель мне требовать было нечего. Дети мои были всегда сыты и чисты. Мальчик мой еще вовсе не разговаривает, а девочка за бытность в яслях научилась говорить".

Ответ Борисовой Прасковьи Максимовны: „Недостатков в работе ясель никаких не подмечено. Обижаться мне на ясли не приходится, а кроме благодарности ничего не могу сказать. Служащие относились хорошо к моим детям. Признаться, дети мои спасены от голода через ясли. За бытность свою в яслях дети мои много подросли, научились много хороших песен и стихов, стали много смирнее и уважительнее. Если бы они и дальше были-бы под наблюдением ясель, то не забыли-бы того, чему научились в яслях, а теперь начинают забывать.

Ответ Белоколенко Марии Титовны: „Недостатков никаких не подмечено. На мой взгляд дети мои получили в яслях все необходимое. Я очень часто бывала в яслях и мне приходилось видеть обращение воспитательниц со всеми детьми. Обращались они все равно как матери и со всеми были одинаковы.

Дети мои всегда были чисты и сыты. За бытность свою в яслях они как будто бы и подросли, а теперь опять дома завязли в грязи. Кроме этого, дети мои научились всяких песен и стихов, а также здороваться и вести себя примерно за столом."

Ответ Вайновской Варвары Андреевны: „Недостаков никаких не было. Жаловаться на ясли не приходится. Дети мои всегда были сыты и хвалили воспитательниц. Если бы кажется еще хотя немного продержались ясли, вполне бы была спокойна тогда за детей своих. За время пребывания в яслях дети мои поправились. Старшая девочка научилась многому хорошему, умеет много стихов и песен. Привыкла здороваться, стала очень уважительной и много послушнее, чем была раньше. Если бы такое воспитание и дальше, то дети были бы совсем другие".

Ответ Кротовой Ходоры Елисеевны: „Недостатков никаких не подмечено. Несмотря на то, что моя девочка еще маленькая, она научилась в яслях всяких песен и сказок, кроме того стала более живой и разговорчивой, чем была раньше, и очень примерной в отношении естественных отправлений".

Что касается увязки работы ясель с деятельностью Красного Креста, то в этом отношении проводилась агитационная работа, а также вербовка членов общества.

Туберкулезный трехдневник по району также прошел под флагом Красного Креста. Среди членов общества работа как следует не налажена и общих собраний не проводилось, т. к. перегруженность работы по Диспансеру не позволяет широко ее развить. Всего записалось в члены общества 55 человек и две кооперации, вербовка членов продолжается. Туберкулезный трехдневник прошел удовлетворительно, дав 24 рубля денежного сбора, поступившего в фонд совета социальной помощи, продавались членам общества значки Кр. Креста. В отношении перспектив на будущее время, намечается более интенсивная работа по популяризации идей Общества Красного Креста, среди селянства, оформление работы общества под руководством окружного комитета и подговительная работа ясельной кампании будущего года. Для полного приведения дома в порядок, крайне необходимо произвести штукатурку внутри его, т. к неаккуратное содержание дома его прежним владельцем повлекло за собой размножение древесного грибка, который точит стены и угрожает опасностью всему дому.

Хирургическая работа Мозырской окружной больницы за 1924 и 1925 г. г.

Д-р А. И. Когон.

(Заведующий хирургическим отделением д-р **Ф. В. Абрамович**).

Обстановка больничной работы.

До второй половины 1923 г. хирургическая работа в Мозырской б-це носила обычный участковый или районный характер. Случаи, требующие безусловной оперативной помощи, направлялись в Киев или Гомель или изредка оперировались не специалистами, или, наконец, оставались нераспознанными и предоставлялись своему естественному течению. Со второй половины 1923 года, по приезде в Мозырь д-ра Ф. В. Абрамовича, хирургическая помощь приняла более широкий и специальный характер постольку, поскольку позволяла развить дело скудная больничная обстановка.

За отчетный период (до перехода в сентябре 1925 г., в новое помещение) б-ца помещалась в одноэтажном, старом деревянном здании, жилого типа, построенном 70-80 лет тому назад, и ремонтировавшемся за этот период времени один раз в кратковременный земский период и другой—в тот период, когда больница именовалась „богоугодным заведением" приказа общественного призрения. Парадный ход с улицы вел в небольшую переднюю, сообщавшуюся непосредственно с палатами. Всех палат 4, по 7-8 кроватей в каждой (в общем 30 кроватей). Все палаты проходные и расположены в ряд, окнами на улицу. Первая палата отделена тонкой фанерной перегородкой от маленькой пред'операционной, соединенной с последней маленькой дверью. Из пред'операционной ход в операционную, небольшую угловую комнату в два окна. С первой палатой соединена дверью вторая; из последней ход в проходную комнату, где стоят шкафы с бельем и посудой; дверь из проходной комнаты ведет в сени; шесть дверей в этих сенях ведут непосредственно в клозет, в ванную, в маленькую гнойную перевязочную, в 3 и 4 палаты и во двор. В этих же сенях, между дверями в клозет и в ванную, вмазан в особую печку автоклав для стерилизации материала. Упомянутая выше перевязочная составляла часть четвертой палаты, отгороженной от последней фанерной тонкой перегородкой. Стены во всей б-це, не исключая операционной и перевязочной, штукатурены и побелены известкой; потолки низковаты, полы плохо крашены, со щелями и неровностями; отопление—печи со стороны палат. Зимой в пред'операционную и в перевязочную ставились железные печки, с проведенными от них дымоходами по всей длине комнат у потолка. Для стока нечистот из уборной вырыта яма во дворе у самой стены б-цы. Стены ванной комнаты прогнили, и сток из нее сделан прямо в стене у пола, почему и нельзя было всю зиму пользоваться ванной, летом—изредка, т. к. примитивный способ согревания воды требовал много времени, труда и топлива, а полусгнившие стены и плохо сделанный пол

не позволяли поддерживать хотя бы элементарную чистоту. Больничная мебель, помимо своей скудности, примитивна и последнего сорта; белье в очень ограниченном количестве; несколько бумазейных халатов служили и в летнее и в зимнее время. Полное отсутствие туфель. Предметы ухода в большинстве в единичных экземплярах. Питание б-ных скудное, без всяких диэтических продуктов. Отсутствие каких бы то ни было диагностических приборов и приспособлений. Инструментарий весьма не богат и в значительной мере сработан, в особенности режущие инструменты, точку которых приходилось поручать обыкновенному точильщику или пользоваться тупыми. Недостатки снабжения перевязочными материалами за отчетный период вынудили свести расход марли до minimum'а, а ваты и лигнина почти не употреблять. Взамен ваты для гнойных перевязок широко был использован мох, который заготовлялся на месте кустарным образом.

Персонал хирургического отд. и обстановка при операциях.

В отделении два врача: заведующий и ассистент; во время операций обычно помогает врач-терапевт, интересующийся хирургической работой. Наркоз применялся исключительно хлороформенный с предварительной ин'екцией морфия. Местное обезбаливание применялось лишь в явно противопоказанных для общего наркоза случаях. Руки обрабатывались по Führinger'у; иод для рук не применялся. Операционное поле смазывалось 10 проц. иодной настойкой, без какой бы то ни было предварительной обработки (по Grossisch'у). Материалом для швов служили шелк или, при надостаче последнего простые катушечные нитки. Шелк и нитки мылись предварительно водою с мылом, наматывались на стеклянные катушки или пластинки и погружались на сутки в раствор сулемы 1:500; после чего перекладывались в чистый спирт, где и хранились; непосредственно перед операцией кипятились 20-30 минут в воде. Перчатки, поскольку их можно было достать, применялись лишь при гнойных операциях и перевязках для защиты рук от инфекции. Вообще защите рук от соприкосновения со всякого рода грязью или инфекцией придавалось гораздо большее значение, чем очистке и дезинфекции их перед операцией, другими словами: какой бы способ обработки рук при операциях не применять, опасность ввести инфекцию в рану тем больше, чем менее охраняются руки хирурга и персонала в обычной жизни.

В начале сентября 1925 г. б-ца переведена во вновь отстроенное и приспособленное здание, где обстановка и условия работы стали несравнимо лучше.

Обращаясь к анализу прилагаемых таблиц нужно отметить следующее:

I. Первые два года деятельности много труда и энергии было затрачено на постановку самого дела, т. к. все надо было заводить вновь и воспитывать персонал, прививая ему хирургические навыки и приемы. В виду этого правильная регистрация работы и ведение скорбных листов было неудовлетворительное и с пропусками. Приводимые в таблице № 1 цифры числа б-ых, числа занятых коек и проведенных дней, по вышеупомянутой причине, ниже действительных, хотя трудно сказать насколько.

II. Останавливает внимание в таблице № 1 высокий процент больных неоперируемых (28,4 проц.). Часть из них относится к туберкулезу суставов и костей (больше 100 случаев), которые помещались в б-цу для наложения гипсовых повязок и других манипуляций, могущих

с успехом быть сделанными на местах в районах, но по различным бытовым условиям направлялись в б-цу. Другая часть больных относится к травматическим повреждениям различного рода (ушибы, дисторзии, переломы etc), которые также не требовали оперативного лечения; наконец, третья часть б-ых подлежала выяснению диагноза путем наблюдения в б-це (желудочно-кишечные заболевания, хронические заболевания костей и суставов помимо туберкулеза и проч.). Случай отказа от операции, когда она была показана, единичные, и касались, главным образом, случаев с относительными показаниями, например, при злокачественных заболеваниях, стоящих на грани операбильности, при которых больные отказывались от риска.

III. Процент нагноений при чистых операциях, говоря вообще, нужно признать несколько высоким. Но принимая во внимание условия и обстановку работы, новизну самого дела для помогающего и ухаживающего персонала, этот процент вовсе небольшой. Нужно отметить, что нагноения случались под ряд, а затем довольно длительный промежуток (3-4 месяца) все операции протекали гладко. Наблюдения и анализ причин нагноений указывали иногда на случайные погрешности в охране чистоты рук, или их повреждения, или, наконец, эти причины оставались невыясненными и должны были быть отнесены к условиям, лежащим в свойствах тканей б-го, в смысле слабости защитных сил организма.

IV. Малое число операций на желудке, черепе, желчном и мочевом пузырях, и отсутствие их на почках, об'ясняется недостатком диагностических приспособлений: отсутствие рентгена, цистоскопа, клинической лаборатории и в значительной степени отсутствием соответствующего инструментария. Кроме того, размеры отделения (30 кроватей)—по сравнению с потребностью были так малы, что поневоле места заполнялись, в первую очередь, больными более простыми в диагностическом отношении и в отношении возможности быстро им помочь.

Таблица № 1.

Общее движение больных за 1924 и 1925 г. г.

	1924 г.	1925 г.	Всего	% %
Общее число больых	904	867	1771	—
Из них мужчин	463	492	955	—
„ „ женщин	428	362	790	—
„ „ не отмечено	13	13	26	—
Не оперировалось	226	278	504	28,4
Испытуемых	—	26	—	—
Кровавых операций: оперировалось челов.	601	530	1131	—
На них сделано операций	632	576	1208	—
Из которых чистых операций	487	420	907	—
и гнойных операций	145	156	301	—
Гипсовых повязок и вправлений вывихов	78	33	111	—
Всего умерло	26	32	58	3,2
из них неоперированных	8	17	25	4,9
и после операции	18	15	33	2,7
На все чистые операции приходится нагноений	41	36	77	8,4
Общее число дней, проведенных в больнице	11038	9185	20223	—
Среднее число дней на 1 больного	12,2	10,5	11,35	в среднем
Среднее число занятых кроватей	30,2	25,1	27,65	„ „

Таблица № 2.

Классификация больных по группам

	1924 г.	1925 г.	ВСЕГО
Группа I: пороки развития.			
Заячья губа	—	2	2
Атрезия отверстия носа	—	1	1
Гипоспадия	1	—	1
Атрезия девственной плевы	1	—	1
Двойное влагалище	1	—	1
Крипторхизм	—	1	1
Атрезия заднепроходного отверстия	—	1	1
Избыточные пальцы	1	2	3
Косолапость (pesvarus, valgus, eguinus etcet.)	13	6	19
ИТОГО	17	13	30
Группа II: повреждения.			
Ушибы	20	8	28
Раны ушибленные	25	23	48
„ огнестрельные	24	13	37
„ резанные	18	12	30
Переломы неосложненные	16	12	28
„ осложненные	2	3	5
Вывихи	6	2	8
Инородные тела	2	6	8
Ожоги	19	9	28
ИТОГО	132	88	220
Группа III: воспаления.			
Гнойники кожи, подкожной клетчатки и мышц	100	113	213
Воспалительные заболевания желез (грудной, слюнной и лимфатической)	17	14	31
Трамбофлебит	1	3	4
Язвы	6	11	17
Омертвления	7	7	14
Воспаление сосцевидного отростка	10	13	23
Остеомиэлит разных костей	33	32	65
Гнойное заболевание суставов	2	3	5
Гнойный плеврит	6	10	16
Воспаление слизистых сумок	—	2	2
„ брюшины	3	4	7
Круглая язва желудка	21	8	29
Воспаление червеобразного отростка	40	27	67
„ желчного пузыря	4	2	6
„ брюшины и клетчатки таза	1	10	11
„ матки (метриты)	37	14	51
„ придатков матки	15	20	35
„ мочевого пузыря	—	2	2
„ яичка	1	—	1
Водянка яичка	4	4	8
Общий сепсис	5	2	7
Воспаление параректальной клетчатки	2	7	9
Прочие	—	1	1
ИТОГО	—	—	624

	1924 г.	1925 г.	ВСЕГО
Группа IV: туберкулез.			
Лимфатических желез	1	4	5
Остеомиэлит	2	4	6
Натечные абсцессы	1	1	2
Воспаление коленного сустава	26	19	45
„ тазобедренного сустава	17	10	27
„ позвоночника	17	19	36
„ мелких сочленений кисти	—	1	1
„ луче-запястного сустава	1	—	1
Плеврит	1	—	1
Перитонит	4	4	8
Менингит	—	1	1
Воспаление почек	—	1	1
„ маточных придатков	1	—	1
ИТОГО	—	—	135
Группа V: камни.			
Камни мочевого пузыря	2	1	3
ИТОГО	—	—	3
Группа VI: расширение артерий и вен.			
Расширение геморроидальных вен	19	15	34
„ вен голени	2	6	8
„ вен семенного канатика	—	1	1
ИТОГО	—	—	43
Группа VII: грыжи.			
Паховые односторонние	74	55	129
„ двухсторонние	14	14	28
„ ущемленные	6	3	9
Бедренные свободные	1	3	4
„ ущемленные	4	4	8
Белой линии	7	2	9
Пупочные свободные	3	3	6
„ ущемленные	—	1	1
Двойные неодноименные	1	3	4
ИТОГО	—	—	198
Группа VIII: обезображивания, как исходы различных заболеваний.			
Ложный сустав	1	3	4
Рубцы кожные	14	6	20
Свищи разные	6	9	15
Кривошея	1	—	1
Заворот и выворот век	1	1	2
Рубец роговицы	—	1	1
Сужения (привратника—3, уретры—1)	—	4	4
Вывих бедра после коксита	—	1	1
Косолапость паралитическая	2	1	3
Анкилоз коленного сустава	—	1	1
ИТОГО	—	—	52

	1924 г.	1925 г.	ВСЕГО
Группа IX: новообразования.			
Злокачественные: рак лица	13	19	32
„ грудной железы	1	2	3
„ желудка	6	5	11
„ печени	2	1	3
„ матки	4	2	6
„ шейки матки	2	3	5
„ прямой кишки	2	2	4
„ прочих органов	2	3	5
Саркома матки	—	1	1
„ яичника	1	—	1
„ прочих органов	4	6	10
Доброкачественные: зоб	2	3	5
опухоли матки	10	4	14
„ S-образной кишки	—	1	1
„ брюшной полости	2	—	2
„ яичника	5	9	14
„ прямой кишки	1	1	2
атеромы	12	16	28
не обозначено (tumor?)	29	27	56
Гипертрофий	4	4	8
ИТОГО	—	—	211
Группа X: патологические роды и беременность.			
Незакончившийся аборт	16	18	34
Беременность при абсолютно суженном тазе	—	1	1
Внематочная беременность	5	12	17
Экламсия беременных	1	1	2
Неукротимая рвота беременных	—	1	1
Беременность (для наблюдений)	4	1	5
ИТОГО	—	—	60
Группа XI: прочие заболевания.			
Крыловидная плева	—	1	1
Катаракта	—	1	1
Непроходимость кишок	6	9	15
Спазм привратника	—	1	1
Опущение и расширение желудка	2	1	2
Атония мочевого пузыря	—	—	1
Болезнь Banti	—	1	1
Кровотечения из матки (meno et metro ragia)	24	12	36
Перегиб матки кзади	14	17	31
„ „ кпереди	—	1	1
Опущение матки и влагалища	33	23	56
Субинволюция матки	6	1	7
Удлинение шейки матки	—	1	1
Дивертикул мочевого пузыря	—	1	1
Сифилис печени	—	1	1
Выпадение прямой кишки	3	5	8
„ слизистой уретры	1	—	1
Не отмечено	12	18	30
ИТОГО	—	—	195
ВСЕГО	—	—	1771

Таблица № 3

Оперативные пособия

	1924 г.	1925 г.	ВСЕГО
I. Голова.			
Зашивание ран черепа и его покровов (первичный debridement)	9	13	21
Вскрытие гнойников	12	10	22
Удаление секвестров	—	1	1
„ инородных тел и рубцов	1	1	2
Сшивание нижнечелюстной кости	—	1	1
Удаление злокачественных новообразований	13	14	27
„ доброкачественных „	10	15	25
Трепанация сосцевидного отростка	5	10	15
Пластические операции на веках глазу и глазнице	2	6	8
Рассечение и пластика заросшей ноздри	1	—	1
Зашивание верхнего нёба	1	—	1
„ заячьей губы	—	1	1
„ свища околоушной железы	1	—	1
Инцизия ranulae	—	1	1
ИТОГО			127
II. Шея.			
Вскрытие гнойников	3	4	7
Удаление доброкачественных новообразований	3	1	4
„ зоба	1	3	4
Тенотомия m. Sterno-cleido-mastoid	1	—	1
Трахеотомия	—	1	1
ИТОГО			17
III. Позвоночник.			
Операция Albée	2	1	3
ИТОГО			3
IV. Грудь.			
Вскрытие гнойников грудных стенок и железы	11	7	18
Резекция ребер	—	9	9
Торакотомия	1	1	2
Удаление доброкачественных ново бразований грудных стенок	4	4	8
Вылущение грудной железы	1	2	3
Операция Estländer'a	—	2	2
ИТОГО			42
V. Живот.			
Вскрытие гнойников брюшных стенок	3	2	5
Зашивание послеоперационных свищей	1	2	3
Радикальная операция: свободных паховых грыж	83	105	188
„ „ бедренных „	2	4	6
„ „ пупочных „	3	4	7
„ „ белой линии „	7	4	11

	1924 г.	1925 г.	ВСЕГО
Радикальная операция ущемленных паховых грыж	6	3	9
" " " бедренных "	4	4	8
" " " пупочных "	1	—	1
Пробная лапоротомия	7	5	12
Лапоротомия при tbc брюшины	6	4	10
Подшивание желудка	1	—	1
Пилоропластика	—	1	1
Резекция желудка	1	1	2
Образование желудочно-кишечного соустья	8	5	13
Операция при завороте кишек	4	5	9
Образование кишечно-кишечного соустья	1	1	2
Подшивание слепой кишки	1	—	1
Аппендектомия	33	22	55
Наложение anus praeternaturalis	—	1	1
ИТОГО			345
VI. Таз.			
Вскрытие гнойников тазовых стенок	6	2	8
Зашивание пузырно-влагалищных свищей	1	1	2
" прямокишечных "	1	—	1
Перевязка геморроидальных узлов	18	13	31
Радикальная операция при выпадениях прямой кишки	—	3	3
Иссечение перегородки recti	—	1	1
Ампутация recti при раке	—	1	1
Удаление полипа recti	1	—	1
Укрепление тазового дна	1	—	1
Пластика мочеиспускательного канала	1	1	2
Кровавое расширение " "	—	1	1
Высокое сечение пузыря	2	—	2
Операция Winkelmanna при водянке яичка	4	5	9
Низведение яичка при крипторхизме	—	1	1
Разрез крайней плоти	—	5	5
Удаление яичка	—	1	1
ИТОГО			70
VII. Гинекологические операции.			
Брюшное удаление придатков	9	11	20
Удаление кисты яичника	3	4	7
Миомэктомия (консервативная)	—	1	1
Удаление полипа матки	3	1	4
Выскабливание матки	79	39	118
Ампутация шейки матки	2	1	3
Надвлагалищная ампутация матки	6	2	8
Влагалищное удаление матки	2	1	3
Расширенное удаление матки (опер. Wertheim'a)	1	—	1
Вентрофикация матки (по Кипарскому)	3	3	6
Операция Schauta-Wertheim'a при пролапсах	18	16	34
Операция Alexander-Adams'a	5	11	16
Задняя кольпотомия	5	2	7
Кольпо-перинео-рафия	2	1	3
Перинео-рафия	3	3	6
Колпорафия	1	9	10
" по Neügebaeüer-Fort'y	8	1	9

	1924 г.	1925 г.	ВСЕГО
Пластика труб	2	—	2
Удаление кисты влагалища	—	1	1
Рассечение девственной плевы	1	—	1
„ перегородки влагалища	1	—	1
Удаление новообразования больших губ	1	—	1
ИТОГО			262
VIII. Акушерские операции.			
Кесарево сечение (брюшное)	—	2	2
Брюшная операция при внематочной беременности	4	10	14
Пальцевое расширение зева	—	1	1
ИТОГО			17
IX. Верхняя конечность.			
Вскрытие гнойников общих покровов	17	16	33
Debridement общих покровов при ранениях	3	7	10
Удаление новообразований	3	2	5
„ инородных тел и рубцов	3	1	4
„ секвестров	2	3	5
Сшивание костей	1	—	1
Ампутация и экзартикуляция	4	4	8
ИТОГО			66
X. Нижняя конечность.			
Зашивание ран общих покровов	2	—	2
Вскрытие гнойников общих покровов	28	22	50
Debridement при ранениях	5	3	8
Удаление новообразований, рубцов и инородных тел	11	13	24
Операции при искривлениях стопы	9	5	14
Удаление секвестров	13	9	22
Наложение костного шва	—	3	3
Резекция суставов	5	—	5
Вскрытие суставов	1	1	2
Ампутация	2	4	6
Иссечение расширенных вен голени	4	3	7
Перевязка V. Saphenae	1	—	1
Пластическое закрытие язв голени	1	—	1
ИТОГО			145
XI. Неотмеченная область операции.			
Вскрытие гнойников	28	36	64
Удаление секвестров	11	6	17
Удаление опухолей	16	16	32
Расширение свища	—	1	1
ИТОГО			114
ВСЕГО			1208

Медицинская помощь местечку Белоруссии.

(Из материалов медико-санит. о-ва помощи евреям Белоруссии).

Д-р З. С. Левин.

По всей Белоруссии [1]) имеется 165 местечек, из коих 47 м-чек городского типа и 116—сельского типа. По данным, полученным из 137 м-чек, количество еврейского населения там превышает 137.000 еврейских душ, что составляет около 31 проц. всего еврейского населения в Белоруссии. Ниже мы увидим, что количество евреев, примыкающих к м-ку, гораздо больше.

По социальному своему составу местечковое еврейство делится на следующие группы:

Кустари—одна из наиболее важных по своей многочисленности группа. Она далеко не однотипна. Большая половина этой группы составляют безработные и этим самым она придвигается ближе к деклассированному элементу, нежели к производственной части населения. Среди этой группы кустарей имеется, правда, очень незначительная часть, у которой намечается тенденция к использованию наемного труда и следовательно к эксплоатации маломощной части.

Рабочие—номинально составляют 25 проц. еврейского населения в местечке, фактически же их гораздо меньше. Об'ясняется это, главным образом, повсеместною безработицей и слабой квалификацией их труда.

Торговцы—по материалам некоторых обследованных округов они составляют: - 5 проц. в Мозырском, 11 проц.—в Бобруйском и 23 проц. в Минском округах из общего числа семейств. Таким образом эта группа далеко не такая многочисленная, как можно было предположить. Шестьдесят процентов этой группы составляют мелкие торговцы, лоточники, будочники, выбирающие патент 1-го и 2-го разряда. Динамика развития торговли в местечке указывает на неуклонную тенденцию падения мелкой торговли, по сравнению с более крупной. Об'ясняется это двумя обстоятельствами—отсутствием кредита у мелкой торговли и довольно значительной тяжестью налогового пресса в сравнении с более крупной торговлей.

Деклассированная беднота самая многочисленная и сборная группа, так как в нее вливаются все неустойчивые элементы других групп местечка. Составляется она, главным образом, из безработных, плохо квалифицированных кустарей, разоренных торговцев, бывших служащих и т. д. Средства к существованию эта группа себе добывает случайными заработками, мелким посредничеством и поддержкой родственников из Америки.

Самым тяжелым обстоятельством, на фоне всей этой безрадостной картины, является положение местечковой молодежи—им нечего делать, им некуда деться, у них нет профессии, им некуда применить свои рабочие силы, даже если они прошли ученичество у кустаря.

---

[1]) Цифры взяты из доклада Евсекции, газета „Октябрь".

Одним из важных придатков нынешнего местечка, который делает его центром общественного внимания, это то обстоятельство, что белорусское местечко стало исходным пунктом, вокруг которого организуется и укрепляется землеустройство евреев в Белоруссии. В 1926 г. количество еврейских земледельческих поселений состояло:

Число пунктов	Количество десятин	Количество семейств	Количество душ
Старых пунктов 257 п.	1723	3128	18484
Организован. в 1925 г. 90 п.	9985	903	4400
Итого: 347 п.	11708	4031	22884
Из них коллективов 146	14775	—	—

В эти данные не входят разбросанные по деревням и местечкам евреи-земледельцы единоличники 1440 семейств по деревням, 2200 сем. по местечкам, что составляет 3600 семейств, вместе с организованными еврейскими селениями 7600 семейств или до 38000 душ. Таким образом в орбиту местечкового обслуживания входит довольно многочисленная производственная группа, которая еще больше обостряет наш интерес к жизни местечка.

В отношении медицинского обслуживания евреев в местечке, положение таково:

1. До сих пор в местечках продолжают существовать не регистрированные отсталые формы медицинских обществ, вроде „Линас Гацедек“, „Бикур Хейлим“ и т. д.

2. Местечковый клерикализм, концентрируя вокруг себя эту форму необходимой помощи, становится весьма популярным.

3. В тех местах, где комитеты взаимопомощи действенны и состав их имеет перевес в сторону еврейских общественных деятелей, во главу угла работы ставится медицинская помощь (М. Щедрин и т. д.).

Из-за недостатка бюджетных средств не все еврейское население получает бесплатно из врач. амбулаторий и больниц медикаменты, а только рабочие, служащие и кустари; остальное население принуждено покупать рецепты за свой счет в хоз. аптеках.

4. Фельдшеризм еще довольно силен, между прочим, из-за перегруженности врачей. В хоз. аптеке м-ка Чаусы, Могилевского округа, около 70 проц. заказов оказалось по прописям местного фельдшера, несмотря на то, что в этом же местечке имеются два врача, один из них с довольно большим стажем.

Недостаточность обслуживания местечкового еврейства медицинской помощью таким образом не требует особых доказательств. А между тем экономическое благосостояние местечкового еврея таково, что рост пауперизма все больше увеличивается, неуверенность в завтрашнем дне, неимоверные усилия в борьбе за кусок хлеба должно подорвать последние силы и отвоевать все новые и новые позиции у здоровья в пользу высокого процента заболеваемости. С другой

стороны запущенные, неправильно залеченные случаи, создают большой кадр хроников, инвалидов, истериков и т. д. Скученность и бедность создает обилие возможностей для распространения кожных заболевании вроде фавоза и дало пышный расцвет туберкулеза. Интересно отметить, общий взгляд наших врачей Тубдиспансеров в Белоруссии, в отношении распространенности и доминирующих форм туберкулеза среди евреев. Процент заболеваемости и обращаемости довольно значительный, преобладают однако субкомпенсированные и компенсированные формы не продуктивного, а скорее нодозно-фиброзного характера. Такая форма ad vitem не опасная создает, однако, много очагов заразы и возможности широкого распространения, с другой стороны, дает большой процент больных и полуинвалидов.

Ближайшие перспективы разрешения вопроса.

Здесь усматриваются два момента возможного разрешения вопроса: 1) государственная помощь и 2) общественная помощь.

Белорусский НКЗ прекрасно учел создавшееся положение в м-ке и должен был, пожалуй, принять экстренные меры немедленно. Но дело в том, что лечебная сеть строится, исправляется и улучшается не в один момент и не одним росчерком пера. Есть еще один могучий фактор, с которым приходится считаться и коего так быстро „не перейдеши", ибо он пока жестк, строг, неумолим и мало гибок—это *бюджет*. Несмотря однако на все эти обстоятельства, Наркомздравом принят проект, по которому положение частично улучшается. Речь идет об оказании медпомощи кустарям мелких местечек бесплатно и об уравнении их в правах с крестьянством, т. е. без всяких денежных компенсаций. Но запросы местечка далеко превзошли те формы медицинского обслуживания, которые там имеются. И наличие нерегистрированного о-ва, которое имеет в своем распоряжении ледник, пузырь для льда, термометры, банки и т. д., которое оплачивает посещение врача или фельдшера на дому и приписанное лекарство, красноречивее всяких иных доказательств говорит за это.

С другой стороны говорить сейчас о резком расширении бюджета „лицом к местечку" тоже не приходится, а потому остается пока одна форма помощи—общественная. Распространяться особенно о значении крестьянских комитетов взаимопомощи сейчас для деревни не требуется. Там, где во главе их находится деятельное общественное ядро, работа и охват деревенской нужды чрезвычайно удовлетворительны. По примеру таких комитетов при Наркомздраве и отнюдь не при Собесе должны быть созданы медико-санитарные местечковые о-ва, целью которых должно быть оказание медицинской помощи почти всем группам местечкового населения. В основе деятельности этих обществ должна лежать самопомощь и рациональное использование той формы помощи, которое они могли бы получить как со стороны государства, так и со стороны других общественных организаций и об'единений.

При организации таких обществ нужно иметь в виду своеобразие местечкового еврейского населения, что оно при настоящих условиях в полной мере не удовлетворяется ни медикаментозной ни коечной помощью. В итоге, всюду создается острая нужда в медикаментах и предметах ухода за больным, как: пузырь для льда, грелка, банки и т. д. Эта часть помощи должна быть предусмотрена в первую очередь.

В связи с таким национальным своеобразием и особенно острой нуждой, которая сейчас переживается местечковым еврейским населением, возникает вопрос о целесообразности создания по примеру ОЗЕТ'а, специально национальных медикосанитарных еврейских обществ в местечках. Такой взгляд был мною высказан и на страницах печати для обсуждения. К сожалению, высказавшиеся товарищи смотрят на такую предполагаемую возможность немного тенденциозно и поверхностно без достаточно глубокого продуманного подхода к вопросу.

Я не собираюсь защищать форму еврейских медико-санитарных обществ в местечках Белоруссии, ибо в этом заинтересованы больше всего евреи, которые составят 99 проц. участников этих обществ и то, что может быть не признано „де-юрэ", будет существовать „де-факто". В конце концов важна не форма, а цель и содержание. И если НКЗ Белоруссии откроет целый ряд местечковых обществ указанного типа, они безусловно оправдают весь труд и всю сущность возложенных на них задач.

Итак, резюмируя все вышеизложенное приходится отметить, что данное экономического состояния евреев в местечке Белоруссии говорит за значительное распространение заболеваемости среди них.

Нынешнее медико-санитарное обслуживание местечкового еврея никак удовлетворить его не может,—за это говорят многочисленные факты. По бюджету в Белоруссии невозможно провести необходимое расширение и углубление работы. Единственным, следовательно, мероприятием к улучшению создавшегося положения является широкая общественная помощь с вовлечением нуждающихся масс в эту помощь. Такая форма возможна только лишь путем организации при НКЗ национальных, в крайнем случае, общих медико-санитарных обществ, которые бы немедленно занялись этим делом в помощь госорганам и их учреждениям.

Банное дело в Бобруйском округе.

Д-р Гурвич.

В марте м-це 1926 г. Сан-Эпидом Бобруйского Окрздрава было приступлено к изучению банного дела в округе, в целях принятия конкретных мер в этом направлении. На этот путь толкало косвенно чрезвычайно увеличившееся количество заболеваний чесоткой, которых в 1923-24 г. г. было зарегистрировано 3306, а в 1924-25 г. г.—9312. Обследование и изучение банного дела производилось в городе Горсанврачем, в округе—участковыми врачами. В более крупных местах, где имелись отрывочные данные о банях округа, обследование производилось по специальным анкетам (присланным НКЗБ), а на округе никаких специальных анкет не было преподано, а только предлагалось дать сведения об имеющихся общественных банях с приложением планов бань. Ввиду отсутствия транспортных средств сведения из всех участков получены не были, но все же можно сказать, что большинство лечебных учреждений округа выполнило задание и сейчас мы имеем более или менее полную картину банного дела в округе. Из всех районов совершенно нет сведений из Стрешинского района и неполные сведения из Осиповичского района. Картина банного дела округа лучше всего видна из таблицы, в которую вошли данные только по общественным баням (местечек, городским, заводским, совхозским и арендованным)

РИК и местонахождение бани	В ведении Комхоза	Совхозские	Арендн. частн. лиц	Заводск.	Арендн. обществ. организац.	Частн.	Железнодорожн.
Бобруйский РИК							
Любоничи	—	—	1	—	—	—	—
Бобруйский РИК							
Глуша	—	—	—	1	—	—	—
Совхоз Коммуна . . .	—	1	—	—	—	—	—
Глусский РИК							
Городок	—	—	—	—	1	—	—
Совхоз Хоромец . . .	—	1	—	—	—	—	—

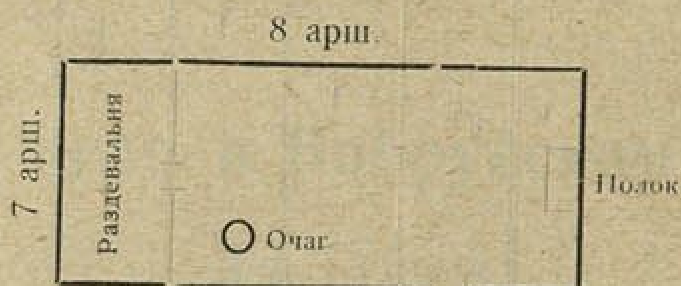
РИК и местонахождение бани	В ведении Комхоза	Совхозские	Арендн. частн. лиц	Заводск.	Арендн. обществ. организац.	Частн.	Железнодорожн.
Рогачевский РИК							
Рогачев	—	—	1	2	—	—	—
Гадиловичи	—	1	—	—	—	1	—
Свержень	—	—	—	—	1	—	—
Поболово	—	—	—	—	1	—	—
Паричский РИК							
Шатилки	—	—	—	1	—	—	—
Печица	—	—	—	—	1	—	—
Жлобинский РИК							
Жлобин	—	—	—	—	1	—	1
Свисловичский РИК							
Гродзянский	—	—	—	1	—	—	—
Холуй	—	—	—	1	—	—	—
Елизово	—	—	—	1	—	—	—
Кличевский РИК							
Кличев	—	—	1	—	—	—	—
Городецкий РИК							
Городец	—	—	1	—	—	—	—

Как видно из таблицы, мы имеем по всему округу, почти на 500 тысяч населения, вместе с городами всего 23 общественных бани, из них совхозских 3, арендованных 8, заводских 4, находящихся в ведении общественных организаций (кресткомов и друг.) 5, принадлежащих частным лицам 2, железнодорож. 1, т. е. одна общественная баня приходится в среднем на 20 с лишним тысяч населения. Как же обслуживается остальная масса населения, особенно крестьянства в отношении банного дела? Почти в каждом селе имеются баня, „лазьня" или „курня". Что представляет собою такая курня, лучше всего говорят данные участковых работников: „бани самого простого и отвратительного типа, обыкновенно площадью в 4×5 кв. ар. или 5×5 кв. арш. „без предбанника, печь устроена из камней, без трубы, дым выходит через окно или через дверь".

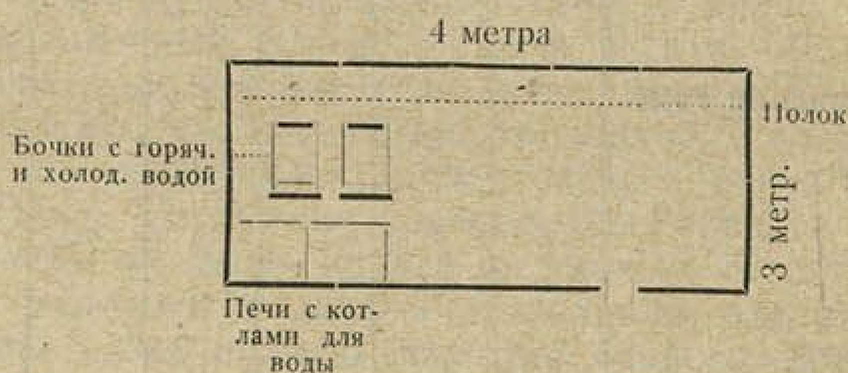
Маленькие крестьянские бани сплошь и рядом без окон, с угарными печами, без раздевальни:

„Баня представляет в большинстве небольшой сруб, в нем имеется печка из булыжника для накаливания камней и полок. Вода нагревается в боченке посредством бросания в него раскаленных камней,

печь дымная, за отсутствием трубы. Владелец бани может по своему усмотрению пустить или не пустить соседа. Функционирует баня один раз в неделю и служит не столько для мытья, сколько для паренья, ибо расход воды в этих банях не более одного ведра на человека". Другие сообщения о крестьянских хатах в большинстве такого же характера. Наиболее типичный план такой бани следующий:



Здесь мы имеем площадь в 56 кв. арш., в котором моются одновременно 5-6 человек, причем спец. отделения для женщин и мужчин нет. Мужчины и женщины моются поочередно. Баня в большинстве бревенчатого типа, печь без дымохода. В других местах баня не имеет и раздевальни и имеет на плане следующий вид:



Здесь входные двери прямо ведут в баню, раздевальни нет. Освещение бань чрезвычайно плохое: нет окон и свет падает через двери. Пол деревянный, но во многих банях крестьянского типа совершенно нет полов. Вода после обмывания стекает по специальной канавке и частью всасывается, частью загнивает и издает зловоние. Бани в большинстве принадлежат отдельным лицам и предназначены для одной семьи. Конечно, говорить о нормальном обслуживании такой баней целого села не приходится. Но села, имеющие даже такие бани, могут считать себя сравнительно „счастливыми", ибо далеко не всюду имеются „лазьни".

Обратимся к общественным баням, их по округу всего 23. Если отбросить совхозские, заводские и частные, как обслуживающие узкую замкнутую группу населения, то для обслуживания остального населения останется всего 10 бань, из которых 2 расположены в Бобруйске.

Что же представляют эти бани в санитарно-техническом отношении? В городе Бобруйске имеем 2 бани: одна коммунальная, сданная в аренду, другая частная. Несмотря на сравнительную благоустроенность, в смысле освещения дневного и ночного (электрическ.), отдельных гардеробных ящиков, частой дезинфекции, наличия поглощающих колодцев, имеются и существенные недостатки: в первую очередь они недостаточны для города в 40 тыс. человек, пропускная способность в 900-1000 чел. в сутки, употребление деревянных шаек и существование так называемой „миквы"—своего рода ванны, которая наполняется 1 раз в день, где еврейские женщины омываются после месячных.

И, наконец, самым важным вопросом является попадание сточных банных вод, недостаточно очищенных, в приток реки Березины—Бобруйку, протекающей в центре города. Речка эта давно не очищалась и от сточных банных вод чрезвычайно, загрязнилась, вследствие чего река издает зловоние.

Что касается районов то часть их в центре района совершенно не имеют бань, это Глусск, Городец, Кличев, Буда-Кошелево, в других местечках, как Паричи, баня сгорела, а в Жлобине баня подлежит вообще закрытию. Совхозские и заводские бани мало чем отличаются от крестьянских, некоторые из них только несколько лучше оборудованы, например, печи имеют трубу, имеют раздевальню.

Единственно благоустроенными являются бани Рогачева: Коммунальная баня (теперь арендуемая), недавно отремонтированная и сравнительно благоустроенная. Хорошо поставлены заводские бани „имени Сталина“ в Рогачеве, где имеется ванна с душем. Общая картина банного дела по округу весьма плачевна и урегулирование должно стать важнейшей работой как санорганизации, так и РИК‘ов.

Выводом из всего вышеизложенного является неотложное проведение декрета СНК об обеспечении населения банями по линии РИК‘ов, сельских сантроек, ячеек Кр. Креста, органов НКЗема и НКЗдрава на местах. Что касается вообще мер борьбы с банным голодом, то местам необходимо теперь же приступить к следующим мероприятиям:

1. Выделить специальные ассигнования по местному бюджету, как на ремонт старых, так и на постройку новых бань из сумм, отпущенных на строительство.

2. Необходимо в общегосударственном масштабе ускорить осуществление декрета в отношении льготного отпуска РИК‘ам и населению леса.

3. Необходимо оформление поддержки общественной и частной инициативы в деле постройки бань путем содействия кредитами и льготным отпуском леса.

Первый Поволжский С'езд по борьбе с венерическими и кожными болезнями в Казани 11—15 сентября 1926 года [1]).

Врач А. Н. Шапиро.

Открывая С'езд НКЗдрав Татарской Республики тов. *Мухамедьяров* указал на особенности его, как краевого, которому придется обсуждать меры борьбы с венболезнями в зависимости от местных условий. Наилучшим типом учреждения по борьбе с венболезиями является диспансер, предусматривающий участие самого населения и обеспечивающий лечебно-профилактическую сторону дела. Борьба с сифилисом в сельских местностях, кроме диспансеров, должна вестись и участковыми больницами, но работа их должна проходить в полном контакте с диспансерами и постепенно приближаться к методу последних.

В повестке дня С'езда стояли следующие вопросы: 1 общественная борьба с венерическими болезнями на селе, среди нацменьшинств, водного транспорта и общее состояние диспансеризации венерологической помощи; доклады экспериментального и клинического характера по венерическим и кожным болезням.

Всего докладов было заслушано: по общественной венерологии—13, по сифилису—16, по гоноррее—10 и по кожным—7.

В своем информационном докладе „Состояние борьбы с венболезнями в РСФСР и перспективы ее", проф. В. М. Броннер указал на успешное развитие сети венучреждений за последние годы, причем быстрый рост учреждений особенно идет в сельских местностях. На основании имеющихся в НКЗ РСФСР отчетов можно сделать выводы, что сифилис в городе значительно уменьшился, в деревне продолжает количественно оставаться на одном уровне, нося характер бытовой, с значительным преобладанием заразных форм. Причину уменьшения сифилиса в городе, проф. Броннер видит в успешной сальварсанизации за последние годы, подтверждая свое положение данными расхода сальварсанных препаратов: в 1919 году—60 кило, а в 1925 г.—1500 кило, что составляет 3.000.000 вливаний.

Доклады д-ров *Элиона* (Н.-Новгород), *Эльфонда* (Краснодар), *Шалыта* (Иваново-Вознесенск) и *Голосовкера* (Казань) касаются как ближайших задач работы вендиспансеров, так и методов самой работы в этих учреждениях. Авторы указали, что диспансеры положили начало систематическому учету больного населения и систематическая борьба с венболезнями связана с началом деятельности вендиспансеров. Докладывая о Кубанском Вендиспансере, доктор Эльфонд указал на заметное снижение заболеваемости сифилисом по городу и изменение характера его в сторону уменьшения активных форм; им же отмечена неравномерность распространения сифилиса не только по районам, но

---

[1]) Доложено на заседении дермато-венерологического кружка при Минском Обществе врачей 25 октября 1926 года.

и по отдельным селениям. В дальнейшей работе диспансера считает необходимым наряду с лечебной помощью больным—расширение и социальной.

Представитель Нижегородского вендиспансера д-р *Элион* отметил рост гонорреи в деревне; д-р *Голосовкер* (Казань) указал, что имеющиеся данные о понижении заболеваемости сифилисом требуют проверки, так как наличие социальных факторов, способствующих уменьшению венболезней не так велико, чтобы могло способствовать уменьшению. Данные общего учета и работы обследовательских отрядов в Татреспублике дали меньшее число заболеваний среди татар, чем среди русских, это уменьшение об'ясняется бытом татар (отсутствие пьянства, омовение половых органов после coitus'a). Лечебная помощь венерикам должна оказываться на каждом медучастке, в наиболее пораженных местах следует стремиться к организации при медучастке специальных венпунктов. Докладчиком отмечена слишком слабая деятельность вендиспансеров в области борьбы с проституцией; кроме учета, обследования, санпросветработы среди них—необходимо им оказать социальную помощь, и в этом отношении трудовые профилактории для беспризорных женщин должны сыграть большую роль.

В своем внепрограммном докладе „Сифилис на селе“ д-р *Россиянский* подтвердил, что тенденция к уменьшению сифилиса в городах замечается не только у нас, но и в Западной Европе. Регистрация отражает только посещаемость и безусловно число случаев, зарегистрированных при медучастках, значительно меньше цифр, обнаруженных при обследовании. Особенность сельского сифилиса, его очаговый характер и превалирование заразных форм—с одной стороны противоречит данным довоенных обследований, с другой—сигнализирует рост сифилиса в деревне. На лечение сифилиса должно быть обращено особое внимание и этим должен заниматься медучасток, венпункт и венотряды, последние обязательно, наряду с обследовательскими функциями, должны иметь и лечебные.

По вопросу о распространении венболезней в Астраханской губернии были заслушаны доклады проф. *Терентьева* и д-ра *Пасхалова*. Первый указал на особые условия, благоприятствующие распространению венболезней по Астраханской губернии, как подвижность киргизов и калмыков, занимающихся скотоводством, подвижность рыбаков, рабочих, приезжающих в Астраханскую губернию на летние сезонные работы, служащих Водтранспорта, раз'езжающих по Волге и на второе обстоятельство—на чрезвычайно низкий культурный уровень жителей Астраханской губернии. Д-р Пасхалов, на основании данных обследований им казакского (киргизского) населения (всего было обследовано 6.371 человек, что составляет 14 проц. всего населения), отметил, что эта группа населения в массе поражена сифилисом, который для некоторых местностей дает чрезвычайно высокие цифры поражаемости. Пути передачи двоякие: половой и внеполовой, причем второй способ передачи является основным, на что прежде всего указывает крайне широкое распространение инфекций и большое число заражений в детском возрасте. Развитию сифилиса благоприятствует некультурность казакского населения, полное отсутствие примитивных представлений о гигиене и профилактике и уклад жизни казакской семьи (кочевой).

В своем докладе—*к вопросу о половом просвещении в плане санпросвета*—д-р *Н. И. Окунь* (Саратов) на основании 3888 анкет, собранных Саратовским Вендиспансером и обследовательскими отрядами в деревне, приходит к выводам, что анкеты должны быть типовыми, полуанонимными, половое просвещение должно ввестись не позднее

16 летнего возраста. В программу полового просвещения необходимо включить, как социальную основу этого вопроса, так и биологическую, а именно—нормальное половое созревание с патологическими отклонениями (онанизм), краткие анатомо-физиологические сведения в половых органах, о роли эндокринных желез и полового инстинкта.

По вопросу о сифилисе был заслушан целый ряд докладов как экспериментального, так и клинического характера.

Д-р *Орлов*, в своем докладе: *„К вопросу о влиянии стоварсола на экспериментальный сифилис кролика“* указал, что при экспериментальном сифилисе кролика стоварсол оказывает профилактическое влияние, но в дозах весьма близких к токсическим; терапевтическое действие стоварсола, вводимого per os, ниже других антисифилитических средств (сальварсана, висмута), вводимых через кожу или внутривенно.

Голосовкер и Целищева в докладе: *„Лечение сифилиса стоварсолом“*, основываясь на небольшом материале, считают его энергичным терапевтическим препаратом, обладающим незначительным токсическим действием и, в виду удобства применения per os, имеет огромное социальное значение, так как может сыграть огромную роль в борьбе с сифилисом в деревне. Доза, применяемая авторами, равна 30,0—40,0, причем 5 дней больной принимает, а затем наступает 2-х дневная пауза, полагая, что в течение этого срока стоварсол выделяется из организма. На все проявления вторичных симптомов стоварсол оказывает хорошее действие. После 3-х недельного его употребления все клинические явления исчезают, за исключением желез, которые продолжают оставаться несколько больше нормальных. При употреблении стоварсола отмечается быстрое исчезновение спирохет из сифилитических эффлоресценций. На появление третичного сифилиса стоварсол действует слабее. На WR в 8 случаях стоварсол не оказал влияния, в 38 случаях положительная WR под влиянием стоварсола перешла в отрицательную, причем в 8 случаях сейчас же по окончании курса лечения, в остальных 30 случаях—через некоторое время по окончании курса.

На явления раннего врожденного сифилиса стоварсол оказывает быстрое лечебное действие. Токсические явления со стороны стоварсола авторами не были отмечены, за исключением незначительных расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта, проходившие уже через несколько дней и со стороны кожи—urticaria с повышением температуры и эриматозные высыпания, продолжавшиеся несколько часов.

Доц. Белоглазов и д-р Кашинский (Саратов), проф. Григорьев (Саратов), проф. Гржебин (Смоленск) дали оценку препаратам висмута. Первые в своем докладе: *„К вопросу лечения сифилитических склерозов у кролика при экспериментальном сифилисе препаратами висмута...* Natr bismut citropyroboratorum... (растворимый) и Бинохинолем... (нерастворимый) пришли к заключению, что оба препарата являются активными в смысле спирохетоцидности, не обладая никакими явлениями местного раздражения при внутримышечном введении; при гистологическом, по методу Lewaditi-Manouelina исследовании срезов из склерозов от кроликов, получивших 5 и свыше ин‘екций Бинохиноля, спирохет в ткани не обнаруживается. Прививка кусочков сифилитического склероза от кроликов, взятых после 4-х и свыше ин‘екций Natr bismut citropyr. оставались отрицательными, тоже самое и после ин‘екции Бинохиноля, за исключением одного кролика, давшего положительный результат прививки после 5 ин‘екций на 40-ой день.

В своем докладе—*„Висмутотерапия сифилиса по данным Саратовской Клиники“* проф. *Григорьев* указал, что висмут является специ-

фически действующим средством на припадки сифилиса, в 2-х случаях автор констатировал исчезновение спирохеты уже через 48 часов, во всех остальных случаях бледная спирохета быстро исчезла из Reizserum первичного и вторичного сифилисов у человека, также из Reizserum твердых шанкров у кроликов. В ткани первичных сифилом вирулентные бледные спирохеты сохраняются в течение продолжительного времени.

При висмутотерапии состав крови нарушается в более слабой степени, чем при ртутном лечении. Здоровые почки переносят висмутовое лечение удовлетворительно; однако приблизительно в 35 проц. наблюдается временная альбуминурия. Раздражение десен при висмутотерапии, при соблюдении элементарных профилактических мер, ничтожно; висмутовая кайма появляется в 35-40 проц. Тяжелые стоматиты наблюдаются исключительно редко, но могут быть весьма серьезными, вплоть до обширных гангренозных разрушений. Весьма эффектно влияние висмута на язвенные гуммозные сифилиды.

Заслуживает рекомендации комбинированное сальварсано-висмутовое лечение при обязательном систематическом контроле за состоянием почек.

Проф. *Гржебин* (Смоленск) указал, что препараты висмута должны быть причислены к истинным антисифилитическим средствам и, по своему действию, должны занять среднее место между сальварсаном и ртутью. Точно и окончательно решить, какие из висмутовых препаратов являются наилучшими, в настоящее время трудно.

Из других докладов представляют интерес *„Наблюдения над лечением прогрессивного паралича малярией и реккуренсом"*, где на небольшом материале, проф. *Юдин* (Казань) вполне подтверждает большое лечебное значение малярии и реккуренса при прогрессивном параличе—даже нередко в далеко зашедших случаях. Результаты находятся в тесной связи с конституцией; им подмечено, что у лиц с пикническим строением наблюдаются наилучшие результаты, чем у астеников. У последних течение привитой малярии более вяло, а в 3-х случаях отмечает непривитие малярии, а в одном—гибель больного.

Весьма ценен доклад проф. *Гржебина: „Ликвор-диагностика, как профилактика нейролюэса"*, в котором автор указывает на важность исследования ликвора при сифилисе. Для практических целей автор считает вполне достаточным 4 реакции Nonne. Изменения ликвора при сифилисе наблюдаются уже в стадии серонегативного шанкра, однако здесь они очень редки и незначительны. Вместе с появлением положительной wk крови, возрастает процент положительных результатов во вторичном периоде. Ранние изменения под влиянием лечения переходят в норму. В первичной и вторичной стадиях поясничный прокол можно считать необязательным, хотя изменения церебро-спинальной жидкости может произойти рано. Плешивость и лейкодерма всегда сопровождаются изменением ликвора. Наиболее серьезное значение в прогностическом отношении в смысле профилактики нейролюэса имеют, повидимому, изменения, наблюдаемые в ликворе в латентном периоде; здесь он наблюдается очень редко. Весьма вероятно предположить, что это изменение есть симптом затронутости центральной нервной системы, а потому этот стадий есть наиболее подходящий для пункции.

По экспериментальной и клинической гонорреe интересно остановиться на следующих докладах.

Данные, полученные *Осиповой* и *Ухиным* (Саратов) указывают, что по прививке, по методу *Борю-Шеришорино*, гонококков на слизистую оболочку уретры у кроликов развивается уретрит. клинически

во многом несхожий с гонорройным уретритом у людей. При исследовании различными бактериологическими методам (посевы, микроскопические анализы, внутрикожная реакция), этот уретрит может быть признан специфическим. Патолого-гистологические исследования срезов стенок уретры, зараженных кроликов, обнаруживают острый воспалительный процесс, местами диффузный, местами ограниченный, захватывающий как эпителиальный слой, так и под'эпителиальную соединительную ткань. Опыты, произведенные Печниковым и Целищевым (Казань) теми же способами, дали клиническую картину гонорреи, но в отделяемом кон'юнктивы, уретры, вагины гонококки бактериологически не обнаружены. В прениях д-р Фрид (Москва) указал, что подобные опыты производились в TBU и положительных результатов там не было получено. Ротштейн и Миркин (Казань), докладывая *о некоторых данных о провокации гонококка при мужской гоноррее* указали, что применение в отдельности способов и средств, предложенных для провокации гонококка, не дают исчерпывающих данных о наличии у больного гонококков. Одновременное применение различных методов провокации и исследование патологических продуктов больного (реакция Борде-Женгу, посевы) дают лучшие результаты для решения поставленного вопроса.

В своем докладе: *„К вопросу о вакцинотерапии при мужской гоноррее“* д-р Печников Я. Д. считает наилучшую уротропиновую вакцину, которая, повидимому, действует сильнее обычной; кроме того для получения лечебного эффекта необходимы большие дозы, чем первоночально установлены Wright'ом.

Из докладов по кожным болезням особое внимание заслуживают: проф. Пильнова (Казань)—*К вопросу о развитии рака на местах существующих кожных заболеваний* Psoriasis keratosis arsenicalis et lupus carcinom, *д-ра С. М. Фрида (Москва):—„К вопросу об экспериментальной микроспории, Гольдштейна (Казань):„—К вопросу о лечении злокачественных новообразований кожи рентгеном“*.

В первом докладе проф. Пильнов указал на огромное распространение и смертность от рака, на основании чего рак, по социальному значению, может быть поставлен наряду с туберкулезом и венболезнями. Развитие рака кожи нередко предшествуют заболевания ее сопровождающиеся гиперплязией покровного эпителия. Исходным пунктом рака чаще всего являются старческие бородавки и процессы, ведущие за собой образование рубцовой ткани, а из последних вульгарная волчанка. Развитие рака на эффлоресценциях и инфильтратах чешуйчатого лишая принадлежит к величайшим редкостям. Развитие рака на почве мышечного кератоза также встречается редко, но по сравнению с предыдущим—чаще.

Из предложенных до сих пор главных теорий этиологии рака, паразитарный „повидимому“ займет долженствующее положение. Предложенные способы лечения рака в настоящее время не являются радикальными.

В своем докладе: *„К вопросу об экспериментальной микроспории“* д-р Фрид (Москва) указывает на огромное распространение этого заболевания, составляя 20% всех дерматомикозов, вызывается грибком, паразитирующим на животных, преимущественно mikrosporon lanosum, который легко прививается лабораторным животным—морским свинкам, кроликам, собакам и кошкам.

Гольдштейн (Казань) в докладе: *„К вопросу о лечении злокачественных новообразований кожи рентгеном“* указывает, что рентгенотерапия является могущественным лечебным фактором при злока-

чественных новообразованиях кожи, в особенности в неоперируемых случаях.

Успех лечения обуславливается непосредственным местным влиянием рентгеновских лучей, очаговой реакцией окружающей опухоль ткани, а также общим состоянием и реакцией всего организма в смысле усиления защитников его сил. Излечение опухоли сопровождается гибелью эпителиальных клеток с постепенным замещением их нежно рубцовой соединительной тканью.

Некоторые данные о пищевом рынке в г. Минске.

П. М. Ведерников.

Молодая санитарная организация Наркомздрава Белоруссии, как это видно из имеющихся в нашем распоряжении материалов, в порядке текущего надзора, с 1922 г. достаточно уделяла внимания состоянию пищевого рынка г. Минска. Это вполне соответствовало началу новой экономической политики, ибо с первых же дней свободной торговли на продукты питания появился повышенный спрос, который, что вполне естественно, породил фальсификацию.

Особое внимание было уделено городским рынкам Минска. Наблюдению санитарного надзора подверглись будки, столовые, чайные, лотки и другие места продажи с'естных припасов на базарах и по городу. Видное место в работе санитарного надзора было отведено хлебу. Это и понятно, т. к. последний составляет и составлял главнейшее средство питания. Хлебный вопрос достаточно полно освещен работой д-ров С. И. Гельберга и З. К. Могилевчика, помещенной в № 3 журн. „Беларуская Мэдычная Думка" за 1925 год, к которой и отсылаем интересующихся во избежание могущих быть повторений.

По материалам анализа доставлявшихся на исследование продуктов питания можно сделать некоторые ценные выводы и в отношении прочих веществ, служивших пищей, поставлявшихся потребителю, главным образом, с базаров. Правда, в период времени 1922—1925 г. включительно, систематического исследования пищевых продуктов не проводилось, разбираемые материалы касаются исключительно проб, доставлявшихся на исследование в порядке текущего надзора и контроля, но во всяком случае результаты анализа могут послужить некоторой характеристикой состояния Минских рынков и по данный момент.

Наибольший процент доставленных за все года проб относилось к молоку и молочным продуктам. Однако, в работах предварительного санитарного надзора, как это видно из количества доставлявшихся проб и всесторонне обследованного хлебного вопроса, санитарный надзор не забывал и других категорий пищевых продуктов, проводя также тщательно контроль при посещениях рынков.

В основу настоящего обзора взято 469 наиболее характерных анализов, проделанных в указанный выше период. Ценность взятых материалов обеспечивается тем, что работы проведены в тесном контакте санитарного надзора и лаборатории. Из общего числа проб было: проб на молоко и молочные продукты 236, на мясо и мясные продукты 199 и на прочие продукты питания 34. Из числа указанных проб доставлено: санитарным надзором—77%, органами милиции—3%, разными организациями—20%.

Из проб на молочные продукты приходится на молоко—61, на масло—131 и на сыры—34 пробы.

Из молочных проб доставлены 56 проб с базаров и лавок и из разных мест потребления—5.

Из числа проб молока исследованием установлено фальсифицированного более 50%. Примесей в молоке не обнаружено. Фальсификация выразилась преимущественно в выпуске молока снятого, полуснятого и разбавленного водой. Вполне отвечающего качествам натурального молока найдено всего около 25%. Около 2,5% натурального молока качества весьма невысокого и около 3% качества неудовлетворительного, вследствие крайней бедности жиром. По содержанию жира из 61 пробы молока оказалось: от 2% до 2,5% содержат 28 проб, от 2,5% до 3%—16 проб, от 3% до 3,5%—12 проц., от 3,5% до 4%—4 пробы и выше 4% всего одна проба.

По количеству фальсификаций и по данным, изложенным выше, напрашивается сам собой единственный вывод: граждане гор. Минска в значительном большинстве вполне хорошего молока не имели и довольствовались лишь тем, что давал рынок, строивший свое снабжение на ряде коммерческих комбинаций, с наделением потребителя водой.

Из 131 пробы на масло, 65 проб взято базарных и 66 доставленных разными организациями. Из базарных проб около 10% признано совершенно негодными к употреблению, 1/2% проб—фальсификат, с содержанием жира меньше 55% и воды выше 45%, 1/2% проб с повышенной точкой плавления в сравнении с допускаемой в 36 град., что указывает на примесь посторонних жиров и около 7,5% проб масла весьма загрязненного среднего по качеству. По содержанию жира в отношении принятых норм, каковые для топленого масла 98-99% и для сливочного 82—86%, отвечающих нормам, т.-е. равными им по процентному содержанию жира и выше—около 80% всех проб и с меньшим содержанием около 20%. Около 5% всех проб с пониженным содержанием жира—масло представляется состоящим из воды и пахтанья, к тому же весьма загрязненное. Увеличенное процентное содержание соли выше 3,5% отмечено в 4%.

Несколько лучше обстояло дело с маслом, доставлявшимся разными организациями, из которых наибольшее количество проб падает на Наркомпрод. Исследованием отмечается увеличенное количество соли до 4%, прогорклость и загрязнение до 13%, масла совершенно негодного к употреблению—около 7% и почти 9% с значительно уменьшенным процентным содержанием жира.

Еще худшее положение было с вопросом снабжения разными сырами. Из 44 исследованных проб негодного совершенно к употреблению оказалось около 30% и находящегося на грани разложения около 10% сыра.

Что касается мяса и мясных продуктов, то и в этом отношении снабжение вполне благополучным признать не представляется возможным. Не касаясь подробно глистных заражений, что в виду массовой до 75% зараженности населения (по предварительным данным) составляет предмет особой работы, широко проводящейся ныне через санитарно-бактериологический Институт Наркомздрава, вкратце укажем лишь на немногие признаки, характеризующие качество отпускавшихся потребителю мясных продуктов. Финозного мяса было отмечено около 15%, реакция Эбера резко положительная в 14%, ясно положительная в 35%. Из всех мясных проб, мяса совершенно непригодного к употреблению оказалось выше 20%.

В отношении прочих пищевых продуктов, из которых мы коснемся только рыбных, точнее рыбы разной и, главным образом, сельди и щука, исследованием найдено: продукта зараженного паразитами (круглые глисты) около 2%, продукта разложившегося около 9%, продукта в стадии начавшегося разложения до 15%. По заключению исследовавшего найдено продукта совершенно негодного к употреблению около 20%, из которых около 3% падает на рыбные консервы.

Краткое изложение о состоянии пищевого рынка в Минске до 1926 г., по приведенным цифровым данным, конечно, не выявляет полностью всего вопроса снабжения населения пищевыми продуктами, но и по разобранным немногим данным само собой напрашивается заключение, что дело пищевого снабжения не стоит на должной высоте и нуждается в целом ряде мероприятий профилактического характера, непосредственно связанных с потребностью усиления пищевого надзора как со стороны медико-санитарного, так и ветеринарно-санитарного персонала.

Наибольшее внимание необходимо уделить мясу и мясным продуктам, в виду массовой ранимости населения в отношении распространения глистных заболеваний и ускорить проведение в общереспубликанском масштабе законодательным порядком обязательного страхования скота на убойных пунктах. Обязательное страхование разрешит вопрос тайного убоя мелкими предпринимателями и лишний грошевый расход, который падет на бюджет потребителя, гарантирует безопасность потребления.

В отношении молочных продуктов, конечно, единственной мерой борьбы с фальсификацией должен явиться текущий саннадзор и административные меры к торгашам. Существенную помощь в упорядочении молочного снабжения следует ожидать от развивающейся кооперации, где молочные фермы необходимо брать под сугубый санитарный надзор.

2 мая 1926 года,
г. Минск.

Научное Общество Минских врачей.

(1926-ой год).

Годичное (торжественное) заседание (24-го января). Общество почтило память Владимира Ильича Ленина вставанием. Почтена также память врача П. С. Рубенчик.

Проф. Титов (председатель общества) в своей речи указал, что деятельность общества на 58-ом году его существования была особенно интенсивна и по количеству докладов и демонстраций превзошла все предыдущие годы. И, действительно, последовавший затем отчет секретаря о-ва *М. Н. Шапиро* о деятельности о-ва вполне подтвердил сказанное.

Затем собрание заслушало две речи: 1) *Проф. Ленц*—Физиология сна. 2) *Д-р Ситерман*—Сердце и спорт.

2-ое заседание (31-го января). 1) *Д-р Л. Н. Шапиро* прочел некролог, посвященный памяти скончавшейся П. С. Рубенчик.

2. *Д-р Перельман* демонстрировал больного, которому была произведена в факульт. хирургич. клинике торакопластика по поводу эмпиэмы грудной клетки на почве туберкулеза. Пред операцией состояние больного было безнадежное, а в настоящее время он выписывается здоровым и прибывшим в весе на 25 фунтов. Демонстрируются части иссеченных ребер и рентгенограммы.

Д-р Моносзон в прениях отметил, что всякий, кто видел результаты этой операции у Брауэра в Гамбурге, должен сделаться ее сторонником.

3. *Д-ра Ситерман и Флекель* сделали доклад о I Всеукраинском с'езде терапевтов в Харькове.

В административной части заседания *д-р Балковец* представил отчет о состоянии библиотеки и кассы общества.

Затем последовали *выборы* членов правления (закрытой баллотировкой).

3-е заседание (7-го февраля). *Моносзон* поделился своими впечатлениями о заграничной поездке. Описание лечучреждений в Гамбурге с демонстрацией диапозитивов и снимков с клиник. Изложение работ по диагностике и терапии легочных болезней проф. Брауэра. Описание тропического института и новейших способов лечения малярии. Описание гельминтологического института и некоторых берлинских терапевтических клиник.

4-е заседание (13-го февраля). 1) *Д-р Ауэ* демонстрировал камень весом в 223 гр., удаленный в военном госпитале оперативным путем из мочевого пузыря больного, жаловавшегося на учащенное и болезненное мочеиспускание. 2) *Он же* демонстрировал больного, оперированного в том же госпитале по поводу осложненного аппендицита. При операции оказались многочисленные сращения и прободение в тонкую и толстую кишку, так что пришлось резецировать часть сальника, петлю тонкой кишки, кусок петли восходящей толстой кишки, часть слепой кишки и даже часть брыжейки.

Д-р Никотин дополнил описание этого случая анамнестическими данными и клинической картиной.

Д-р М. Шапиро считает, что операция была в данном случае излишней, так как имевшийся инфильтрат рассосался бы через некоторое время. Опасение д-ра Никотина насчет прободного перитонита неосновательно: он не наступил бы, так как прободение отростка в кишку есть первый шаг к излечению.

3. *Д-р Хазанов.* Доклад: *Эпидемия полиомиэлита в Белоруссии.* Краткое описание эпидемий этого заболевания в Европе и Америке. О России не имеется литературных данных. В Белоруссии спорадические случаи. Но в 1914 г. уже зарегистрировано 13 случаев, а с июня по сентябрь 1925 г.—массовое распространение детского паралича особенно в Заславльском и Койдановском районах. О способе передачи существуют различные взгляды. Одни полагают, что болезнь переходит от одного человека к другому, другие видят причину в почве, в домашних животных, в насекомых, воде, молоке и т. п.

Virus гнездится в слизи носоглотки и в слюне. Возбудитель не найден. Обследования докладчика производились в Заславльском и Койдановском районах. Всего в Белоруссии зарегистрировано 67 случаев. Местность и профессия родителей играют значительную роль в этиологии заболевания. Так, в Заславльском районе было 24 случая полиомиэлита преимущественно в деревнях, расположенных у границы, и у тех детей, родители которых вынуждены передвигаться с места на место. Затем следует описание симптомов и форм заболевания.

Прения. Проф. Леонов считает этот доклад весьма ценным, ибо он имеет общенаучное и краевое значение. Оппонент нигде и никогда не видел столько нервных заболеваний у детей, как в этом крае. Достаточно сказать, что на 1267 больных детей, прошедших через клинику, имеется 120 случаев менингита, что составляет колоссальный процент. Отсюда ясно, что каждый доклад, выявляющий физиономию нервных детских заболеваний, приобретает особую ценность. Кроме того, теперь нам ясно также, что путь, избранный детской клиникой для изучения нервной системы детей, надо считать правильным.

Проф. Кроль видит ценность доклада в том, что д-ру Хазанову удалось установить эпидемичность полиомиэлита в России и указать на пути распространения этой болезни. Помимо этого необходимо отметить кропотливость и добросовестность, с которой эта работа выполнена. Что касается терапии, то пробуют лечить эту болезнь диатермией, сывороткой, горячими ваннами, но особых результатов не имеется.

Проф. Титов говорит, что доклад, установивший существование эпидемии полиомиэлита в Белоруссии и пути его распространения, уже указывает нам и профилактические меры. Во всяком случае мы должны быть настороже. Благодарность докладчику еще, кроме того, за эту трудную, скучную работу, полную разных препятствий, которые он преодолел.

5-ое заседание (27-го февраля). 1) *Д-р Ситерман.* Доклад: *К вопросу о внутривенном вливании строфанта при недостаточности сердца.*

Сделав исторический обзор вопроса о введении строфантина в вену, докладчик остановился на развитии этого вопроса в России. В 1918 г. проф. Мелких натолкнулся на указание Vollard'а о введении под кожу 1 к. с. строфанта с положительным результатом; была только резкая и продолжительная боль в месте введения. Тогда проф. Мелких решил вводить водный раствор в вену. Первые случаи в Москве

протекли с большим успехом и проф. Плетнев отметил в своих работах благотворное влияние этих вливаний. В клинике проф. Мелких подверглись лечению строфантом 70 сердечных больных и 7 случаев крупозной пнеймонии. Результаты: резкое и быстрое улучшение суб'ективного состояния, уменьшение одышки, исчезновение аритмии, увеличение диуреза и уменьшение отеков, приближение границ сердца к норме и т. д.

Выводы: 1) Внутривенное введение строфанта в руках практич. врача является могущественным средством при острой и хронич. недостаточности сердца. 2) Техника проста и не представляет непосредственной опасности. 3) При острой сердечной слабости, при митральных пороках—эффект чрезвычайно благоприятный. 4) При чистых аортальных пороках—эффект недостаточный; при комбинированных—он налицо. 5) При свежем эндокардите эффекта нет. 6) Вливание T-rae strophanti являются реактивом на резервные силы сердечной мышцы. 7) Строфант стимулирует действие диуретина. 8) Он дает эффект при коллапсе, при крупозном воспалении легких. 9) При хронич. недостаточности сердца показаны систематические вливания. 10) Вливание в вену строфанта необходимо испробовать там, где другие сердечные средства эффекта не оказали.

Прения. Д-р Флекель, отмечая большую пользу от внутривенного введения str., не согласен с мнением докладчика о бесполезности остальных средств там, где str. не помог.

Д-р Эпштейн сообщает о случае смерти через 2 часа после введения 4-х капель строф. в вену. Возможно, что причиной смерти было качество препарата или неточная дозировка.

Д-р Чарно также предостерегает от увлечения этим методом.

Д-р А. Поляк напоминает о случае тяжелой круп. пнеймонии, где строфант дал положительный успех. Что касается вопроса *д-ра Перельмана*, рекомендуется-ли вводить строф. пред операцией, то он полагает, что это вряд-ли рационально, так как возможны неожиданности во время операции, которые могут потребовать героических мер.

Проф. Бурак высказывает мысль о возможности введения строф. в сердце непосредственно, подобно адреналину.

Проф. Мелких отмечает самое ценное в этом методе—его простоту.

Проф. Гаусман приветствует этот метод, как доступный широкой массе врачей.

2) *Д р Гольдблат: Обновление икон и церковных куполов в психиатрическом освещении.*

В течение 1921—1924 г. г. в пределах Союза наблюдалась своеобразная религиозная эпидемия, заключавшаяся в упорных слухах, что старые иконы в церквах и жилищах начинают блестеть и сиять, „становятся как новые". Изучение этого явления путем ознакомления с судебным материалом, с частными сведениями и на основании устных рассказов, а также исследования соответственных лиц, показало след.: Искусственные обновления имели место лишь в незначительном количестве случаев; в преобладающем числе данное явление сводится к внушению и самовнушению. Между 12 исследов. лицами, в квартире которых наблюдалось „обновление" икон, оказалось 6 умственно дефективных лиц. В некоторых случаях наблюдались галлюцинации и расстройства сознания. Большую роль сыграло в данном явлении просветление куполов в Киеве и Ростове, которое действительно могло иметь место под влиянием метеорологических условий. Условиями для

развития данной религиозной эпидемии являются церковно-исторические предпосылки (обновление икон в России имело место уж давно), низкий культурный уровень крестьянской массы, религиозный кризис в народных массах и биологические факторы (голод и тифозные эпидемии).

Докладчику был задан целый ряд *вопросов* о степени грамотности, национальности и политической ориентировки тех лиц, которые привлекались к ответственности.—*Ответ:* грамотных—2, остальные—безграмотны. Русских—6 и 1 еврей, утверждавший, что священники по ночам взбирались на купола и чистили их. Начало слухам всегда давали люди малоценные, истерические. В дальнейшем это сделалось явлением массового самовнушения.

Д-р Дворжец вспоминает судебные заседания, где эксперты доказывали возможность обновления куполов метеорологическими явлениями. Из 23 священников никто не верил в обновление икон и куполов. Из убежденных в этом „чуде" один был с катарактом, другой—с глаукомой. При этих заболеваниях, как известно, появляется сияние вокруг видимых предметов.

Секретарь **М. Поляк.**

Рефераты.

Питание городского населения БССР в 1925 году.

Бюллетень ЦСУ, вып. I (5) 1926 г.

Эта статья впервые дает нам представление о питании населения городов БССР. До сего времени никаких материалов по этому вопросу в отношении наших городов не имелось. Помимо чисто научного значения вопросов питания и норм его, эта работа имеет большое практическое значение в смысле регулирования продовольственного рынка, учета излишков сельско-хозяйственных продуктов и других практических сторон экономического характера.

В своей работе автор порционно приводит данные выборочного обследования питания населения г. г. Минска, Витебска, Бобруйска и м. Глуска—3-х основных групп населения: рабочих, служащих и „прочих", в последнюю группу входят: ремесленники, кустари, мелкие торговцы и проч.

Характеристика питания касается следующих моментов в отношении каждой группы:

1. Потребление продуктов растительного происхождения.
2. Потребление продуктов животного происхождения.
3. Стоимость дневного рациона.

Более подробная характеристика дана в отношении Минска. Кроме основного деления продуктов по их происхождению, потребляемых в дневном рационе отдельных групп, автор приводит данные также и по отдельным видам их. В потреблении продуктов растительного происхождения первое место занимают рабочие, среднее „прочие" и последнее служащие. В потреблении продуктов животного происхождения получается обратная картина: 1-ое место занимают служащие. При этом приведены интересные данные в отношении потребления их отдельными группами населения некоторых видов продуктов как того, так и другого происхождения, где выявляется зависимость не только со стороны бюджета, но и со стороны других факторов, между прочим, в зависимости от национальности, как напр., потребление рыбы и сала. Больше всего рыбы и меньше сала потребляется населением „прочей" группы, которая больше слагается из еврейского населения, в своей массе связанного с религиозными верованиями и предрассудками.

Потребление тех или иных продуктов автор рассматривает не только в количественном отношении, но и в качественном (более подробно в отношении белков), сравнивая эти данные с данными других авторов в отношении других мест Союза, а также с физиологическими нормами, что дает читателю больше возможности разобраться в характеристике приводимых данных в отношении БССР.

Интересные данные автор приводит в отношении питания гор. Минска, начиная с 1919 г. по 1925 г., из которых видно насколько питание населения улучшилось за последние годы в качественном и количественном отношении.

Приводя интересные данные в отношении калорийности по основным группам, автор, к сожалению, не привел характеристики в отношении отдельных профессий, хотя бы рабочей группы. Средние же данные не дают полного представления о питании отдельных категорий населения, что, безусловно, является важным моментом в общей оценке.

Сопоставляя данные питания других городов БССР с Минском и отмечая разницу при этом, автор не приводит причины, обуславливающей эту разницу. Больше всего это относится к гор. Витебску, который по числу потребляемых калорий и потреблению питательных веществ стоит ниже других городов. Причин же, обуславливающих данные явления, не имеется.

Несмотря на упомянутые мелкие недостатки в работе, особую ценность эта работа представляет в деле общественного питания, дающая нам общее представление о нормах питания в наших условиях, видов наиболее потребляемых продуктов, зависимости питания от бюджета и т. д.,—все эти моменты должны быть учтены в работе общественного питания.

Д-р **З. Могилевчик.**

Клинический опыт хирургического лечения туберкулеза гортани В. О. Рудакова.

(Русская Ото-Ляринголотия № 4. 1924 г.).

Хирургическая терапия tbc гортани в Западной Европе в последнее десятилетие снова заняла видное место. Этот метод при правильных к нему показаниях является могучим лечебным средством, дающим не только облегчение, но нередко и полное выздоровление. Справедливость этого проверена автором на материале амбулатории и клиники уха, горла и носа при ГИМЗ'е. Больных с tbc гортани за последние 4 года там отмечено было 1297 случаев, из них с претуберкулезными явлениями 10 проц., явлениями продуктивности или эксудативности 30 проц., резко деструктивными явлениями—60 проц. При проведении хирургического метода лечения предпочтение было отдано эндоларингеальным манипуляциям, преимущественно электрокаустике, резекции верхнегортанного нерва и ин'екции спирта в Nervus recurrens и Nervus laryngeus superior. Гальванокаустика применялась при экструктивных формах, причем кроме простого прижигания плоскими каутерами, приходилось также применять колющие прижигатели, ибо глубокие уколы, по наблюдениям Semona, помимо уничтожения пораженной ткани и анестезии, вследствие гибели нервных окончаний, вызывают в соседних тканях реактивное воспаление с образованием соединительной ткани. В первые сутки после прижигания наблюдался коллатеральный отек гортани. Кровотечения не было ни в одном случае. Из предложенных методов вызывания паралича возвратного нерва для предоставления покоя пораженной стороне гортани, клиника применяла метод периневральной ин'екции спирта—8 случаев. Парез после впрыскивания наступал не всегда сразу и полный покой гортани держался не всегда в течение одинакового срока. Много внимания было уделено и методам обезболивания путем ин'екции спирта в верхнегортанный

нерв. Анальгезия держалась от нескольких часов до 93-х дней. Где ин'екция не давала результата, применялась резекция нерва. Из 48 таких операций односторонних было 31, двусторонних—17. Дисфагические явления, в очень редких случаях, иногда оставались. Полное обезболивание получалось лишь в случае поражения только внутренней поверхности гортани. В заключение автор, признавая за хирургией tbc гортани доминирующее значение, полагает, что наилучший эффект можно получить комбинацией нескольких методов, взаимно дополняющих друг друга. Главная суть—в выборе подходящих случаев, в выработке точных и правильных показаний к хирургическому вмешательству, путем тесного контакта с опытным терапевтом, вполне компетентным в вопросах патологии и терапии легочного туберкулеза.

Д-р **А. Цукерман.**

В. Ундриц. Ztschr. f. H. N. и O. Bd. 16. H. 2. 1926.

О значении и появлении особой окраски слизистой носа при бронхиальной астме, Asthma nasale, вазомоторном рините и других рефлекторных нейрозах носа. У астматиков во время припадка наблюдаются вазомоторные явления на слизистой как носа, так и остальных верхн. дыхат. путей. Однако в промежутках между припадками слизистая носа имеет особый белеватый оттенок, какой бывает при смазывании слизистой носа адреналином. Часто такая окраска выступает пятнами и бывает, главн. образом, на перегородке носа, передних концах нижней и средней раковин. Иногда слизистая принимает синеватый или синевато-серый оттенок. Эти белые и синевато-серые пятна впервые описаны Вояческом у больных с бронхиальной астмой. И, действительно, автор во многих случаях при констатировании таких пятен обнаруживал бронхиальную астму или же таковые б-ые были одержимы asthma nasale, вазомоторным ринитом или другими вазомоторными рефлектнейрозами. С другой стороны у б-х с бронх. астмой автор, как правило, обнаруживал белые пятна, даже если они и не жаловались на явления со стороны носа. Автор в течение 1925 г. наблюдал 28 случ.: 12 мужч. и 16 женщ. 18 из них одержимы были бронх. астмой—эти 18 б. или вовсе не жаловались на заболевание носа или не резко их отмечали. Среди этих 18—12 женщ. и 6 мужч. Из остальных 10 случаев—4 с припадками астмы, тесно связанные с затруднен. носов. дыханием—это случаи комбинирован. носовой и бронхиальн. астмы. 6 посл. случаев—одержимые вазомот. ринитом, сопровождающиеся сильным чиханием без типичных астмат. припадков. По возр. б-ые раздел.: до 20 л.—4, 20-30 л.—9, 30-40—8, старше 40—7. Излюбленное место для вышеупомян. симптома—кавернозные образования носа. Явления эти представляют постоян. симптом. Были некоторые случаи, у которых белые пятна в различное время разно выступали; во время припадка—белая окраска, свободное дыхание, раковины сморщены, после же припадка и непосредственно перед ним—явно синеватый оттенок, раковины увеличены, дыхание затруднено. Автор в 8 случаях имел возможность произвести гистологические исследования кусочков средн. и нижн. раковин. Полученные результаты он разделяет на 3 типа: 1. Без каких либо изменений—пятна следует об'яснить спазмом сосудов. 2. Метаплазия эпителия, исчезнов. мерцар. эпителия, membrana limitans заметно утолщена—пятна следует об'яснить утолщением membr. lim., метаплаз. эпит. и спазмом сосудов и 3 сильная метапл. эпителия, сильное разростание соединит. ткани в субэпит. простр.—пятна от значит. разрост. соедин. ткани, вследствие продолжит. спазмы сосудов.

У 6-ти астматиков была произведена общая проба на ваго—и симпатикотонию по Eppinger'у и Hes'у—тут идет речь об общем нарушении вегетативной нервной системы. Для большего уяснения влияния вегет. нервн. системы на сосуды слизистой носа автор исследовал 5 больных с бронх. астмой, у которых удалена шейная часть симпатикуса, 3 из них через 6 м-цев имели более легкие припадки, у остальн. прип. с прежн. силой. У всех 5 Гомперовский симптомокомплекс. (myosis ptosis et enophtalmus). У всех 5 имеются „белые пятна“. Далее автор привел след. эксперим. на животных:

I. У 3-х кроликов перерезал шейный симпатикус—макро и микроскопически никаких изменений в окраске и об'еме слизистой носа и гаймор. пол. Такие же отриц. результ. получены у 2-х собак с экстирпац. шейн. симпатикус. Опыты эти и послед. подтверждают, что нет нервных пучков с изолиров. симпат. или парасимпат. волокнами, а имеет смеш. пучки.

II. У двух кроликов раздражалась фарадич. током обнаж. шейная часть симпатикуса, при этом слабо сморщивалась слизистая носа и становилась бледнее. У 2-х друг. кроликов при таком же опыте никаких изм. со стороны сосудов не отмечалось. Эти опыты указывают, что инервация бывает даже индивидуальная.

Выводы: 1. „Белые пятна появляются у астматиков, вследствие вазомот. нарушений“, вызыв. продолжит. спазмом сосудов. 2. Это вазомот. нарушение не может быть об'яснено изолиров. раздраж. tonus'а симпат. или парасимпат. системы. 3. Бел. пятна могут быть связаны с лябильн. neurotonus'ом вегетат. нервн. системы. 4. Бел. пятна вначале функцион. происхожд., впоследствии находим в слизистой носа и анатом изменения. 5. Анатом. измен. заключается гл. обр. в метоплязии эпителия и утощ. membrana limitans в разростании соедин. ткани. 6. Причину бронх. астмы следует искать в спец. наследств. предраспolож., в общей нейтро-артритич. конституции в связи с местной атроф. конституцией слизистой носа. 7. На основ. этого предраспол. развивается повыш. раздражимость от протсинов. 8. Симптом Воячека „синевато-белые пятна“ на слиз. носа представл. собой об'ект легко обнаружив. диагностич. признак бронх. астмы и подобных состояний.

Б. Фельдман.

H. Neuhofand Ira Cohen. Брюшной прокол для распознавания острых заболеваний брюшной полости.

Annals of. Surgery. April 1926.

В течение последних 5-ти лет авторы применяли пробный брюшной прокол больше, чем у ста больных, и приходят к заключению, что прокол является безопасным и часто прямо неоценимым дополнительным диагностическим средством для распознавания острых заболеваний брюшной полости и определения показания для пробной лапаротомии. После ссылки на имеющуюся по данному вопросу весьма скудную литературу[1]), авторы переходят к описанию подробностей прокола.

Техника прокола. Берут иглу с мандреном, употребляемую для спинно-мозговой анестезии, и приспособленный к ней 10-ти или 20-ти гр. шприц. После предварительной дезинфекции и анестезии кожи и небольшого разреза последней (во избежание попадания в полость иглы

[1]) Salomon, Sahli, Panichi, Denzer.

кусочков кожи) прокол делается справа или слева, на высоте пупка или чуть ниже его, обыкновенно у наружного края m. recti abdominis через мышцу или несколько латеральнее этого края. Прокол не следует делать над ощупываемым или предполагаемым инфильтратом в виду возможности ранения фиксированной кишечной петли. Поэтому, в случае подозрения на аппендикулярный абсцесс, осложненный перитонитом, прокол следует сделать в левом нижнем квадрате живота. При насасывании шприцом иглу проводят в разных направлениях брюшной полости. В случае неполучения жидкости непосредственно, следует несколько придерживать приподнятый поршень, ибо часто жидкость, в особенности при наличии малого количества, получается лишь спустя несколько секунд. Эксудат чаще всего попадается вблизи передней стенки париетальной брюшины. Следует поэтому насасывать при вытягивании иголки, в случае ненахождения жидкости непосредственно. Для диагноза достаточно иногда одной капли.

Безопасность пробного прокола. Последний рекомендуется преимущественно при острых заболеваниях. В подострых и хрон. случаях могут быть повреждены фиксированные кишечные петли. Авторы ни разу не наблюдали повреждения кишечника на своих больше чем ста случаях острого заболевания брюшной полости. Не следует употреблять слишком тонкую иглу.

Диагностическое значение имеет только положительный прокол. Поэтому, при наличии показания к операции отрицательный прокол не имеет значения, и последняя все равно должна быть предпринята.

Противопоказания. Прокол противопоказан: 1) в случаях выясненного клинического диагноза, 2) в подострых и хрон. случаях (неоплазма, туберкулез, хрон. воспаление иного характера). Относительно инфильтратов см. выше.

Значение прокола—конечно, во всестороннем исследовании полученной жидкости. Нахождение крови при травмах живота или мочевой жидкости, микроскопическое нахождение пнеймо—и стрептококков—все это примеры значения прокола. При остром панкреатите авторы иногда находили маслянистую жидкость цвета мясного бульона. В 4-х случаях установленного панкреатита жидкость отличалась высоким содержанием полимофонуклеарных лейкоцитов (85-90 проц.) и отсутствием бактерий. Желтая с кислым запахом жидкость может быть найдена в случае прободения язвы желудка.

Авторы разделяют своих больных на следующие категории: больных с травматическими повреждениями брюшной полости, больных (детей) с пнеймо—и стрептококковым перитонитом и больных с острым панкреатитом (7 случаев). Авторы из каждой группы больных приводят по несколько случаев, в которых им пробный прокол оказался особенно ценным для выяснения диагноза.

Они с особенным удовлетворением отмечают несколько случаев детского пнеймо--и стрептококкового перитонита, септического перитонита, но не аппендикулярного происхождения, осложненного стрептококковой инфекцией, что по мнению авторов, бывает чрезвычайно редко. Выздоровевших у них при консервативном лечении (при последующей инкапсуляции и вскрытии абсцесса), благодаря заблаговременно выясненному диагнозу при помощи пробного прокола и заблаговременно-же принятым мерам консервативного характера. В указанных случаях авторы являются абсолютными сторонниками консервативного лечения и, по их мнению, в гибели этих детей часто виновна лапаротомия, непосильная для них.

А. С. Гинзбург.

Prof. D-r Carl Behr. „Ergebnisse der Pupillenforschung“.

Zentralbl. für d. gesammt. Ophthalm. und ihre Grenzgebiete № 12—1925.

Автор в своей статье дает обзор результатов изучения зрачка, как они представляются в настоящее время.

Классификацию нарушений движений зрачка автор делает с точки зрения клинических данных, а не на основании анатомии инервации зрачка, ибо познания в области анатомии инервации зрачка отстают от физиологии ее.

К анатомии движения зрачков. О световом рефлексе. Согласно исследованиям Hess'a у дневных и ночных птиц можно допустить, что сензорные аппараты—палочки и колбочки—являются также воспринимающими аппаратами для зрачково-моторных функций. В общем, особенно в центральных частях сетчатки, сензорная и пупилломоторная функция идут параллельно, но в некоторых случаях имеется с определенной закономерностью расхождение этих функций, что затрудняет предположение об идентичности воспринимающих их аппарата. Так, например, при Retinitis pigmentos. зрительная функция центральных частей может быть целиком или почти целиком сохранена, в то время, как пупилломоторная функция совершенно или почти совершенно исчезла и, наоборот, как при отслойке сетчатки.

Является ли вся сетчатка пупилломоторной или нет, мнения расходятся. *Беэр* того мнения, что вся сетчатка пупилломоторна, хотя в различной степени, уменьшаясь от центра к периферии, *Гесс* считает, что только небольшой центральный участок сетчатки. Против мнения *Гесса* говорят наблюдения *Беста, Моракса* и *Беэра.*

Что касается ядра центра зрачка, то согласно исследованиям *Левинсона* и *Цушида,* таковой следует признать переднюю группу ядр в ядре окуломоториуса. Как показали работы *Бумке* и *Тренделенбурга* предположение *Баха,* что в продолговатом мозгу имеется зрачковый центр не отвечает действительности.

О дилитаторе. В настоящее время все рассматривают задний пограничный слой стромы радужки (hintere Grenzschicht), так называемую мембрану *Брука,* как дилитатор радужки. Дилитатор радужки эктодермального происхождения и произошел из клеток внешнего листа глазного кубка.

К физиологии движения зрачков. Латентный период светового рефлекса, согласно данным, полученным кинемотографическим способом Gradle и Eisendrath'ом равен 0,1875 секунды (по старым данным Garten'a и Fuchs'a 0,5, Weiler'a 0,22 секунды).

Сокращение радужки протекает следующим образом: зрачок после того, как он максимально сократился, снова немного расширяется (секундарное сокращение по *Вейлеру),* чтобы потом опять сократиться. Эти колебания продолжаются некоторое время, потом утихают.

Weiler ввел понятие „секундарной световой реакции“, выражающейся в том, что получается сокращение радужки освещенного глаза после того, как освещают и второй глаз до того закрытый. Эта секундарная реакция будто выпадает в некоторых случаях эпидемического энцефалита раньше, чем наступают другие нарушения зрачковых реакций.

Вопрос о том, зависит ли реакция зрачков при взгляде вблизи от аккомодации или конвергенции не разрешен. Имеющиеся работы указывают, что эта реакция получается как при аккомодации без конвергенции, так и при конвергенции без аккомодации. Behr полагает, что как конвергенция, так и аккомодация, так и сужение зрачка полу-

чается независимо друг от друга, вследствие импульса на установление взгляда на близкое расстояние, исходящего от мозговой коры. Ввиду общности импульса они связаны друг с другом.

О новых зрачковых рефлексах. Как в неврологии, так и в исследовании зрачка начали искать новые рефлексы. Panzuchi, Somoghji и др. описали так называемый „ваготонический зрачковый рефлекс“—глубокое вдыхание вызывает расширение, глубокий выход-сужение зрачка. Behr приписывает эту реакцию изменениям состояния крови (напряжен. CO_2=давления в крови). *Шуригин* и *Ф. Цемах* описывали „акустический зрачковый рефлекс“. Слуховые раздражения вызывают очень быструю, иногда хорошо, а иногда еле заметную реакцию зрачка, в виде сужения, с последующим медленным расширением зрачка. Реагирует сначала ближайший глаз, потом лишь с противоположной стороны. *Бэр* причисляет эту реакцию к сензибло-цензорным реакциям.

Cason указал, что и со стороны зрачка можно получить условные рефлексы при помощи акустических раздражений (400 упражнений в $2^1/_2$ часа).

Во французской литературе большую роль играет реакция Турная (Refl. de Lateralitè), которая заключается в том, что при устремлении взгляда в сторону через 3-5 секунд в абдуцированном глазу расширяется зрачок, что Behr об'ясняет напряжением тоновой капсулы и раздражением вследствие этого цилярного нерва.

Нарушения движений зрачков. Нарушение целости нисходящего пути светового рефлекса в области передних двух третей зрительного тракта вызывает помимо исчезновения светового рефлекса, еще нарушение зрения (амовроз, гемианоптическую неподвижность зрачков). Обыкновенно эти нарушения идут согласованно, но могут быть диссоциированы, что очень редко.

Гомонимная гемианопсия. Беэр доказал, что типичная гемианопическая неподвижность зрачка всегда связана с анизокорией, при чем более широкий зрачок на стороне гемианопсии.

Рефлекторная неподвижность зрачков. Рефлекторная неподвижность зрачков является одним из самых важных нарушений реакции зрачка, ибо, за немногими исключениями, оно указывает на наличие металюэтического заболевания. Не следует, по мнению *Беэра*, всякое отсутствие прямой и содружественной реакции на свет, при наличии реакции на конвергенцию, считать рефлекторной неподвижностью зрачка. Рефлекторную неподвижность зрачка следует лишь тогда диагностицировать, когда помимо отсутствия или ослабления реакции прямой и содружественной: 1) имеется даже повышенная реакция при конвергенции, 2) отсутствуют или понижены реакции расширения на болевые, сензорные и психические раздражения, в то время, как в начале беспокойство радужки повышено и исчезает лишь впоследствии и 3) когда имеется абсолютное или относительное сужение зрачков, которое в течение продолжительного времени остается константным.

Рефлекторная неподвижность зрачка может, в очень редких случаях, встречаться и без металюэса, так, например—при тяжелом хроническом алкоголизме, рассеянном склерозе и полиэнцефалите. Очень сомнительно наличие реф. неподвижности зрачков при сирингомиэлии и эпидемическом менингите.

Изолированная неподвижность при конвергенции. (Обратный симптом Аргилл-Роберстона). Сообщенные случаи относятся к концу

прошлого столетия, критики не выдерживают, теоретически этот феномен возможен. Его редкость следует об'яснить кратностью его супрануклеарного пути, идущего изолированно.

Абсолютная неподвижность зрачков. Абсолютная неподвижность отличается от рефлекторной тем, что при ней отсутствует реакция на конвергенции. Заболевание (появление отдельных симптомов) идет постепенно, так что вначале может получиться впечатление, что имеется рефлекторная неподвижность зрачков (имеется реакция на конвергенцию), но и в таких случаях правильная диагностика возможна, так как отсутствует сужение зрачков.

Этиология абсолютной неподвижности зрачков—церебральный сифилис, реже—металюэс; прогноз—чем старше больной (55-60 лет), тем лучше. При отрицательном Вассермане спинно-мозговой жидкости—прогноз хороший. *К нарушениям реакции расширения.* Больше для невролога и психиатра, чем для офтольмолога, имеет значение нарушение активной реакции расширения зрачков, в особености, спастический мидриаз. Общее разным формам спастического мидриаза то, что раздражения болевые, сензорные и психические вызывают очень широкий мидриаз с соответствующим понижением или полным исчезновением реакции сужения зрачка.

В последнее время невропсихиатры установили различные типы спастического мидриаза. Рейдлих описал спастический мидриаз с возможным отсутствием световой реакции, получающийся при активном весьма крепком и продолжительном сжимании рук, преимущественно у симпатотоников и тиреотоксических больных и истеричных. *Е. Г. Майер* описал так называемый „илиакосимптом"—спастический мидриаз с понижением световой реакции при давлении в илиакальной области. Большое значение в отношении невропсихиатрии имеет кататоническая зрачковая реакция (Вестфаль), которая наступает в кататоническом ступоре—зрачок расширен, не реагирует на свет и принимает неправильную форму.

Пупиллотония. Под тоническую реакцию „конвергенция", лучше „пупиллотонией", подразумевается одностороннее поражение глаза, выражающееся в том, что зрачок широк, на свет не реагирует, но при конвергенции постепенно и медленно суживается. После прекращения конвергенции миоз или сейчас прекращается (тип Штрассбургера) или спустя некоторое время (тип Зенгера). Этилогически играют роль нарушения внутренней секреции, алкоголизм, диабет и др. С церебро-спинальным сифилисом и металюэсом это состояние ничего общего не имеет.

Внутренняя офтальмоплегия. Если абсолютная неподвижность зрачков связана с параличем аккомодации, т. е. имеется дело с внутренней офтальмоплегией, то эти нарушения приобретают особый характер в том отношении, что сифилис и металюэс, как этиологический момент, отступают на второй план (по Утгофу—25 проц.). Помимо паралича глазодвигательного нерва причиной является ботолисмус и носовые пазухи. В 50 случаях этиологии остается невыясненной.

Отдельные формы нарушений зрачковых реакций—рефлекторная, абсолютная неподвижность и внутренняя офтальмоплегия отличаются друг от друга раньше всего шириной зрачка: у рефлекторной неподвижности—зрачок узок, у абсолютной неподвижности—зрачок шире среднего; при внутренней офтальмоплегии—зрачок широк максимально.

Д-р Д. Кантор.

D-r Maria Procksch, Wien. „Beitrag gur Klinik und Therapie der rezidivierenden Hornhauterosion".

Monatsbl. f Augenheilk. Sept. 1926.

Р. сообщает об одном случае рецидивирующей эрозии роговиц обоих глаз у женщины 37 лет. Пятикратная в течение 5 недель образия роговиц с последующим прижиганием иодной тинктурой не предотвратили наступления новых рецидивов. Ввиду того, что рецидивы обычно наступали в 2-3 часа ночью и начинались с сильных припадков боли, больной было предписано закладывать ежедневно за веки 2 проц. кокаиновой мази перед сном и в 1-ом часу ночи. С момента применения этой терапии рецидивы прекратились. Этот успех Р. приписывает анестезирующему действию кокаина.

Д-р Д. Кантор.

D-r G. A. Schaly, Groningen. „Netzhautblutungen nach Bluttransfusionen".

Monatsbl f. Angenheilk, Sept. 1926.

Sch. сообщает о 4 случаях кровоизлияний в сечатку после трансфузии цитрат—крови (Zitratblut).

Первые три случая (женщина 40 лет с пернициозной анэмией, мужчина 27 лет и женщина 27 с апластической анэмией) до трансфузии не были офтальмоскопически исследованы, но начали после трансфузии жаловаться на ухудшение зрения. Офтальмоскопически можно было констатировать многочисленные свежие кровоизлияния в сечатке, особенно большие претинальные в области желтого пятна. Острота зрения пала в I-ом случае до $^{6}|_{12}$ пр. глаз, до $^{1}/_{60}$ левый глаз,—во II-ом и III-м случаях до $^{1}|_{60}$.

Четвертый случай касается 40 летн. мужчины с пернициозной анэмией. До трансфузии было произведено офтальмоскопическое исследование: дно бледное, в остальном—нормальное. Визус не меньше $^{3}/_{6}$, читает очень мелкий шрифт. Сейчас же после трансфузии больной жалуется на ухудшение зрения. Исследование показало: острота зрения правого глаза $^{2}/_{60}$, левого глаза $^{1}/_{60}$; офтальмоскопически—многочисленные кровоизлияния в сечатку и в области желтого пятна. Спустя неделю острота зрения поднялась: правого глаза до $^{3}/_{12}$, левого глаза до $^{3}/_{24}$. После вторичной трансфузии появились новые свежие кровоизлияния. Другие 5 случаев болезни крови, которые также подвергались офтальмоскопическому исследованию до и после трансфузии, никаких свежих кровоизлияний после трансфузии не дали, в 2-х случаях среди указанных пяти имелись кровоизлияния до трансфузии. Р. считает указанные выше кровоизлияния серьезной компликацией трансфузии крови.

Д-р Д. Кантор,

D-r I. Kerschmann, Bialystok. „Zur operativen Behandlung des Pannus trachomatosus, 185 operativen nach Denig".

Monatsbl f. Angenheilk Sept. 1926.

К. сообщает о блестящих результатах оперативного лечения трахоматозного паннуса по Denig'y, полученных им в 185 случаях за время с 1921 года. Указанная операция, предложенная Denig'ом в 1911 году, сводится к тому, что параллельно краю роговицы соответственно

паннусу вырезывается полоска кон'юнктивы, на место которой пересаживают соответствующий лоскут слизистой полости рта. Лоскут прикрепляется несколькими швами. Обязательным условием для успешного результата операции К. считает удаление кроме кон'юнктивы еще и эписклеральной ткани соответствующего участка, ибо в этой эписклеральной ткани содержатся упорно идущие к роговице сосуды.

Д-р **Д. Кантор.**

D-r Ieŝe „Ueber die Augensyphilis in der zweiten generation“.

Zeitschr. f. Augenh. Oktober 1926.

Вопрос о том передается ли сифилис на второе (s. третье по Igersheimer'y и Feige) поколение не вырешен. Так Fourniers, на основании своих 116 случаев, считает, что сифилис передается, на второе поколение, притом ввиде дистрофилий, реже ввиде манифестного сифилиса, Feige же считает, что ни один сообщенный в литературе случай не говорит с достоверностью за наличие сифилиса во II поколении. Sidler-Huguenin на основании своих наблюдений говорит, что на основании имеющихся сейчас методов исследования (W. R крови и Rentgen-снимок) он у 59 обследованных им детей наследственно-сифилитических отцов и матерей не мог найти никаких признаков сифилиса. Ieŝe в своей статье сообщает о двух случаях наличия наследственного сифилиса во втором поколении. Сообшение касается двух сестер, дедушка коих по линии матери умер от металуэс'а. Сама мать (I поколение) одержима симптомами наследственного сифилиса, WaR—резко положительная. У мужа WaR—отрицательная, симптомов сифилиса не имеется. У детей (II поколение)—WaR—отрицательная, но имеется у одной дочери Keratitis parenchymatosa легкой формы, а у другой Chorioiditianterior heredoluetica.

Д-р **Д. Кантор.**

D-r C. Jaensch, Breslau. „Gesichtsfelddetekte nach Injektion von Novocain—Adrenalin in das Ganglion Gasseri“ Żeitichi. f. Augenh Okt. 1926.

На конференции южно-германских глазных врачей I. сообщил об одном случае понижения остроты зрения после ин'екции 2 куб. см. Novocain-Adrenalin'а в правый ганглион Gasseri, выразившегося в том, что после ин'екции наступила слепота обоих глаз, но спустя 3 дня острота зрения левого глаза восстановилась до нормы, острота же зрения правого глаза даже спустя 9 месяцев равнялась $^{1}/_{20}$. В связи с сообщением Jaensch'а Uthoft сообщил, что он видел несколько случаев потери глаза после экстирпации Ganglin'а Gasseri.

Д-р **Д. Кантор.**

D-r I. k Nonay. „Neuritis N. Optici verursacht durch Eingeweidewürmer

Z. f. Augenh. Okt, 1926.

На будапештской конференции глазных врачей N. сообщил об одной женщине 40 лет, у которой в течение пяти дней острота зрения упала до счета пальцев на расстоянии 2 метров. Офтальмоскопически—воспаление зрительных нервов. Внутреннее исследование обнаружило Oxyuriasis. После удаления червей быстрое улучшение остроты зрения, на двадцатый день полный визус. В литературе N. нашел сообщения еще о 6 случаях.

Д-р **Д. Кантор.**

Информационный отдел.

Пастанова Савету Народных Камісараў Беларускае Савецкае Сац. Рэспублікі аб зацьверджаньні палажэньня аб прафэсыянальнай рабоце мэдыцынскага пэрсаналу і аб змаганьні з незаконным лячэньнем.

Савет Народных Камісараў Беларускае ССР пастанаўляе зацьвердзіць наступнае палажэньне аб прафэсыянальнай рабоце мэдыцынскага пэрсаналу і аб змаганьні з незаконным лячэньнем.

1. Правам мэдыцынскае і фармацэўтычнае работы ў БССР, у межах свае спэцыяльнасьці карыстаюцца асобы, якія маюць годнасьць: 1) доктара, 2) зубнога доктара, 3) фэльчара, 4) акушэркі, 5) фармацэўта і 6) мэдыцынскае сястры.

Увага. Прафэсыянальныя правы і абавязкі ўсіх катэгорый мэдыцынскіх работнікаў рэгулююцца пастановамі Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя.

2. Зазначаныя ў арт. 1 асобы, якія жадаюць займацца сваёю прафэсыянальнаю работаю, павінны зьвярнуцца ў адпаведны аддзел аховы здароўя акруговага выканаўчага камітэту, падаць туды дакуманты аб сваёй годнасьці і атрымаць рэгістрацыйнае пасьведчаньне.

Увага. Усе мэдыцынскія работнікі, якія фактычна займаюцца цяпер прыватнаю практыкаю, павінны перарэгістравацца на працягу трох месяцаў ад дня апублікаваньня гэтае пастановы.

3. Рэгістрацыя дактароў, зубных дактароў і акушэрак у органах аховы здароўя дае гэтым мэдыцынскім работнікам адпаведныя прафэсыянальныя правы, у тым ліку права займацца прыватнаю практыкаю.

Рэгістрацыя фэльчароў, фармацэўтаў і мэдыцынскіх сёстраў дае ім права займаць пасады толькі па іх спэцыяльнасьці ў дзяржаўных і прыватных установах.

Увага. У паасобных выпадках з дазволу аддзелу аховы здароўя акруговага выканаўчага камітэту фэльчарам можа быць дазволена займацца прыватнаю практыкаю.

4. Незарэгістраваныя дактары, зубныя дактары, фэльчары, акушэркі, фармацэўты і мэдыцынскія сёстры: а) ня могуць прымацца ні на якую службу па іх спэцыяльнасьці ў дзяржаўныя і ў прыватныя ўстановы, б) ня маюць права публікаваць якім-бы ні было спосабам аб прапанове свае прафэсыянальнае працы, а таксама атрымоўваць дазволы на выраб пячаткі.

5. Агульны нагляд за прафэсыянальнаю работаю мэдыцынскіх работнікаў ускладаецца на Народны Камісарыят Аховы Здароўя і на яго мясцовыя органы.

6. Аптэкі маюць права адпускаць лякарствы па рацэптах толькі тых мэдыцынскіх работнікаў, якія запісаны ў адпаведныя рэгістрацыйныя сьпісы органаў аховы здароўя.

7. Зарэгістраваныя мэдыцынскія работнікі могуць быць абмежаваны ў сваіх прафэсыянальных правох толькі судом.

8. Заняцьце лячэньнем, як прафэсыяю, асобамі, ня маючымі належна пасьведчанае мэдыцынскае асьветы, а таксама заняцьце мэдыцынскім работнікам такою мэдыцынскаю практыкаю, на якую ён ня мае права, караецца паводле арт. 187 Крымінальнага Кодэксу. Калі-ж памянёныя ўчынкі выклікалі цяжкія вынікі або сьмерць хворага, то вінаватыя прыцягваюцца да адказнасьці таксама паводле другой часьці 147 і другой часьці 154 артыкулаў Крымінальнага Кодэксу.

9. Прыватныя асобы, вінаватыя ў парушэньні ўваг да арт. 2 і 3 і арт. 4 гэтае пастановы, прыцягваюцца да адказнасьці ў адміністрацыйным парадку ў межах, зазначаных у палажэньні. Аб парадку выданьня акруговымі і раённымі выканаўчымі камітэтамі абавязковых пастаноў і аб адміністрацыйным пакараньні за іх парушэньне (З. З. 1925 г. № 31, арт. 288); кіраўнікі дзяржаўных устаноў за парушэньне артыкулаў 4 і 6 гэтае пастановы караюцца паводле арт. арт. 106 і 108 Крымінальнага Кодэксу.

10. Пералік патрэбных для рэгістрацыі дакумантаў, парадак рэгістрацыі, а таксама ўмовы выдачы дазволу займацца прыватнаю практыкаю асобам, зазначаным у ўвазе да арт. 3 устанаўляюцца Народным Камісарыятам Аховы Здароўя ў асобнай інструкцыі.

11. Разам з увядзеньнем у сілу гэтага палажэньня касуецца пастанова СНК за 10 лістапада 1922 г. „Аб парадку падліку кваліфікаванага мэдыцынскага пэрсаналу і набыцьцё ім права на прафэсыянальную работу“ (С. У. БССР 1922 г. № 14 арт. 176).

Нам. Старшыні Савету Народных
Камісараў Беларускае ССР *М. Карклін.*
Кіраўнік Спраў СНК БССР *М. Мароз.*

14 верасьня 1926 г.
г. Менск.

Программа работы Наркомздрава БССР на 1926-27 год.

(Основные моменты).

1. В области управления:

а) Рационализация структуры органов здравоохранения и лечсанучреждений.—Проведение на местах правил внутреннего распорядка.—Разработка положения о правах и обязанностях медперсонала.—Положение о Райздравах.

б) Изучение вопроса о формах участия рабоче-крестьянской общественности в строительстве здравоохранения (Санкомиссии и Сансоветы, рабочие и производственные совещания, секции здравоохранения Горсоветов, с‘езды, конференции, связь с печатью).

в) Проведение белоруссизации в лечсанучреждениях.

г) Вопросы медперсонала: осуществление перерегистрации медперсонала в БССР, проведение курсов для усовершенствования врачей (санитарных и участковых), а также курсов переподготовки для сестер по Охматмладу и для санитарок.

д) Высшее медобразование: участие в мероприятиях медфака БГУ по осуществлению одонтологического уклона, а также по выделению кафедры общей гигиены.

Среднее медобразование: участие в разработке учебных планов акушерской школы и фармацевтического техникума.

е) Административно-хозяйственное руководство: учет строительства и ремонтных работ по лечсанучреждениям, проведение единой формы

хозяйственной отчетности, анализ государственного и местного бюджета.

ж) Статистика: изучение вопроса о переходе на выборочную карточную систему регистрации заболеваний; рационализация и упрощение форм медико-санитарной отчетности, разработка заболеваемости по профессиям за 1925 и 1926 г. г., издание материалов по заболеваемости и по причинам смертности в БССР.

з) Разработка пятилетнего производственного плана по строительству здравоохранения в БССР.

II. В области лечебно-профилактической:

а) Общая постановка работы.—Анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений за 1925-26 год.—Разработка отдельных сторон режима в лечпрофучреждениях (прием и выписка больных, уход за больными, питание больных, ведение истории болезни, вскрытие трупов, длительность пребывания больного, связь с другими учреждениями).—Организация учета результатов пребывания в некоторых лечебно-профилактических учреждениях БССР и изучение результатов пребывания больных на курортах.

б) Медобслуживание застрахованных: разработка норм обслуживания застрахованных на основе анализа бюджета по лечфонду, материалов по заболеваемости и статистических данных страховых органов.

в) Борьба с социальными болезнями.—Разработка мероприятий по борьбе с детским туберкулезом. Разработка вопросов о создании в г. Минске Государственного Туберкулезного Института. Разработка материалов по обследованию распространения сифилиса в сельских местностях БССР. Изучение вопроса о профилакториях.

г) Психпомощь. Организация патронирования душевно-больных. Разработка плана организации Центральной Психбольницы в БССР, а также санатория для нервно-больных.

д) Врачебно-Контрольные Комиссии. Проведение в законодательном порядке положений об органах контроля и экспертизы. Упорядочение постановки контроля над краткосрочными отпусками.

е) Аптечное дело. Создание единого аптечного центра в БССР. Разработка положения об единой районной аптеке. Разработка положения о лабораториях при Аптекоуправлениях и об организации контроля над фармацевтической продукцией.

ж) Изучение вопросов газовой обороны.

III. В области санитарной:

а) Благоустройство населенных мест. Разработка положения о планировании городских поселений и населенных пунктов. Участие в развитии банного строительства на селе. Изучение огнестойкого строительства в санитарном отношении.

б) Пищевая санитария. Изучение санитарного состояния рынков, а также предприятий пищевой промышленности. Стандартизация пищевых продуктов первой необходимости (хлеб, молоко, колбасные изделия).

в) Борьба со скарлатиной: массовая организация противоскарлатинозных прививок.

г) Сан.-Бакт. лаборатории. Приспособление сан.-бакт. лабораторий к выполнению санитарно-гигиенических работ, а также к борьбе с эпидемиями. Разработка вопросов о снабжении районных санврачей лабораториями упрощенного типа.

д) Дезинфекционное дело. Создание в округах базы дезаппаратуры, дезсредств и соотв. инвентаря. Проработка методики дезотдела, с точки зрения рационализации и режима экономии.

е) Сан.-просвет. Расширение издательства санпросветлитературы и выпуска материалов наглядного характера (на национальных языках). Разработка программ санпросветработы в различных культурно-просветительных и медико-санитарных учреждениях. Выделение актива для санпросветработы в профорганизациях, женотделах, комсомоле и кооперации.

IV. В области охраны материнства и младенчества:

а) Повышение Общественной активности среди обслуживаемых женских групп. Изучение работы Советов Социальной Помощи за 1925-26 г. Разработка положения о работе материнских комитетов при городских яслях. Уточнение профилактической и патронажной работы детских консультаций. Разработка вопросов материальной, трудовой и правовой помощи матерям-одиночкам.

б) Работа по Охматмладу в городах. Постепенное свертывание закрытых учреждений (домов ребенка), путем перехода на патронат. Качественное и количественное усиление консультаций для беременных (подготовка к 1927-28 г.). Открытие юридических консультаций во всех окружных городах.

в) Работа по Охматмладу на селе. Изучение итогов ясельной кампании, а также деятельности районных консультаций за 1925-26 г. Организационные формы работы Охматмлада в сельских местностях.

V. В области охраны здоровья детей и подростков:

а) Организация детдиспансеров, как центров всей работы по ОЗД.

б) Изучение труда и быта рабочих подростков. Разработка и издание материалов по медосвидетельствованию 1926 года. Режим труда и отдыха подростков в ученичестве и в профшколах.

в) Школьная санитария. Участие в выработке типа нормальной городской и сельской школы. Организация горячих завтракоз в школе.

г) Вопросы самодеятельности учащихся. Пионер-движение (оздоровительные мероприятия при организации площадок, лагерей и колоний. Служба здоровья пионеров). Постановка физкультуры в школе. Школьные санкомиссии и стенгазеты.

д) Врачебно-педагогическая работа среди учительства и родителей. Участие в курсах переподготовки учительства. Анализ работы школьно-санитарных врачей в педагогических коллективах. Участие в разработке учебных пособий для детей школьного возраста.

Аб курсах удасканаленьня дактароў па санітарыі.

Калегія Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя БССР прызнала мэтазгодным арганізацыю пры Беларускім Дзяржаўным Санітарна-Бактэрыолёгічным Інстытуце, курсаў па ўдасканаленьню дактароў па санітарыі.

Было даручана ўсім выкладчыкам на курсах распрацаваць грунтоўна праграму, каб яна насіла практычны характар.

Тэрмін існаваньня курсаў быў разьлічан на 3 месяцы.

На курсах разьлічвалася выкладаньне наступных дысцыплін:

1) Бактэрыолёгія і эпідэміолёгія—прафэсар Эльберт, яго асыстэнты дактары Рахоўскі, Геркес і Мацкевіч.
2) Паразіталёгія—прафэсар Шчапоцьцеў.
3) Сацыяльная і мун. гігіена—прафэсар Фрэнкель.
4) Будаўніцтва Аховы здароўя—дацэнт М. И. Барсукоў.
5) Харчавая гігіена—прафэсар Экзэмплярскі.
6) Мэтодыка санітарна-гігіеніч. досьледаў—Экзэмплярскі і Найдус.
7) Школьная гігіена—прафэсар Лявонаў.
8) Статыстыка—прафэсар Арцымовіч.
9) Профадбор і псіхатэхніка—прафэсар Васілейскі.
10) Вадаправод і каналізацыя—інжынэр Богамалаў.
11) Проф. гігіена—доктар Дзіхцяр.
12) Санітарная асьвета—доктар Рохлін.
13) Фізычнае выхаваньне—доктар Душман.
14) Мэтодыка санітарна-бактэр. досьледаў—доктар Гельберг.
15) Дэзынфэкцыя і дэзынсэкцыя—прафэсар Эльберт.
16) Экскурсіі—доктар Магілеўчык.
17) Ізбраныя аддзелы па гігіене—прафэсар Экзэмплярскі.

Курсы распачалі сваю працу 7 сьнежня г/г. Лік слухачоў—30 асоб.

Аб Усебеларускім Зьезде вучастковых дактароў.

Разглядаючы пытаньне аб Усебеларускім Зьезьдзе вучастковых дактароў Калегія НКАЗ ухваліла наступнае.

I) Склікаць Усебеларускі Зьезд вучастковых дактароў разам з санітарнымі тройкамі і РВК, школьна-санітарнымі дактарамі, санітарнымі дактарамі, і загадчыкамі Акр. Аддзелаў Аховы Здароўя.

II) На Зьезьдзе паставіць наступныя даклады:

1. Даклад т. Барсукова „Будаўніцтва аховы здароўя за 1925—26 г. і пэрспектывы“.
2. Садаклад аб дзейнасьці Бел. Мэдгандлю і рацыяналізацыі снабжэньня лякарствамі горада і вёскі.
3. Садаклад аб дзейнасьці Мэд. Сэкцыі Інбелкульту і Чырвонага Крыжу.
4. Рацыяналізацыя структуры і кіраўніцтва органаў і ўстаноў аховы здароўя.
5. Аналіз дзейнасьці лекава-прафілактычных устаноў горада і вёскі з боку дыспансэрызацыі і задачы на далейшае.
6. Ітогі ясельнай кампаніі і тып дзіцячае прафілактычнае установы на вёсцы.
7. Садаклад гінеколёгія і акушэрства ў горадзе і вёсцы.
8. Аналіз дзейнасьці аховы здароўя дзяцей з боку аздараўленьня школы.
9. Садаклад—рэзультаты мэдычнага агляду рабочай моладзі.
10. Дэзінфэкцыйная справа.

Склад Зьезду:

44	вучастковых дактароў
12	„ акушэраў
6	„ фэльчароў
6	„ зубных дактароў
12	сантроек і РВК.
6	школьна-санітарных дактароў
12	санітарных дактароў.
12	АкрААЗ.

III. Лічыць мэтазгодным прыўрочыць да Зьезду ўчастковых дактароў навуковыя практычныя канфэрэнцыі клінік.

Скліканьне Ўсебеларускага Зьезду Вучастковых дактароў зацьверджана СНК БССР на 27 студзеня 1927 г.

Узьвязку з далучэньнем да БССР Гомельшчыны і Рэчыцы НКАЗ паставіў мэтаю запрасіць на зьезд і прадстаўнікоў далучанае часткі Гомельшчыны і Рэчыцы.

Аб узорных аптэках.

Калегія Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя па заслуханаму дакладу аб аналізе працы ўзорных аптэк за 2 гады, вынесла наступную пастанову:

а) Па маючыхся вестках гэтыя аптэкі апраўдалі сябе.

б) Пакінуць далейшае існаваньне ўзорных аптэк пад кіраўніцтвам НКАЗ і імкнуцца да арганізацыі новых такіх-жа аптэк.

в) Узорныя аптэкі пераімянаваць: „Вясковая аптэка Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя БССР“.

г) Лічыць мэтазгодным, каб аптэкакіраўніцтвы арганізоўвалі больш падобнага тыпу аптэк.

д) Устанавіць адзіную расцэнку на мэдыкамэнты, дзеля розных месц і розных груп жыхарства.

е) Арганізацыю падобнага тыпу аптэк, даць магчымасьць арганізоўваць Чырвонаму Крыжу.

ж) Патрэбна правесьці працу ўнутры самых аптэк, дзеля іх палепшаньня.

з) Даручыць Лекаваму Аддзелу разам з Бэлмэдгандлем скласьці ўзаемнае кіраўніцтва аптэкамі

і) Патрэбна мець пры гэтых аптэках куткі па санітарна-асьветнай працы, дзеля чаго зрабіць невялічкія клюбы, дзе магчыма навучыць насельніцтва зьбіраць лекавыя травы і г. д.

к) Патрэбна наладзіць узаемаадносіны паміж аптэкамі аптэкакіраўніцтва і вясковымі аптэкамі Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя.

Пратэзная справа.

Заслухаўшы даклад аб пратэзнай справе ў БССР, Калегія Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя ўхваліла наступнае:

1. Адзначыць значныя дасягненьні ў пастаноўцы пратэзнай справы ў Беларусі, а іменна:

а) павялічана пратэзная дапамога насельніцтву і палепшан самы пратэз;

б) пашырана і рэарганізавана пратэзная майстэрня з боку яе рацыяналізацыі і адчынена ортопэдычная амбуляторыя;

в) падрыхтаваны і выпушчаны 3 самастойных майстры з пратэзнай майстэрні.

2. Паставіць наступнаю задачаю лекава—праф. аддзелу вывучэньне разьмераў і характару траўматызму ў горадзе і вёсцы.

3. Дзеля правідловага пляніраваньня пратэзнае справы ў Беларусі прыняць крокі точнага выяўленьня ліку асоб, якім патрабуюцца пратэзы.

Неабходна ўвесьці адзіны вучот дробных пратэзаў.

4. Працягнуць працу па разгранічэньню і ўтачненьню функцый Народнага Камісарыяту Аховы Здароўя і Сабезу ў вобласьці пратэзаваньня.

5. Даручыць лекаваму аддзелу распрацаваць пытаньне аб устанаўленьні сувязі пратэзнай майстэрні і ортопэдычнай амбуляторыі з хірургічнымі аддзяленьнямі ў мэтах прыстасаваньня адпаведных хірургічных дапамог да запатрабаваньня пратэзаваньня.

6. Лічыць мэтазгодным выкарыстаньне пратэзнай майстэрні і артапэдычнай амбуляторыі ў якасьці навуков-адапаможнай установы пры мэдфаке БДУ.

7. Падняць пытаньне перад мэдфакам БДУ аб арганізацыі выкладаньня ортопэдыі.

8. Пратэзнай майстэрні выкарыстаць практычны вопыт і навуковыя дасягненьні дзеля палепшаньня якасьці пратэзаў.

9. Лекаваму аддзелу разам з адм.арг. аддзелам распрацаваць плян падрыхтоўкі дактароў-артапэдаў і зубных тэхнікаў.

Пратэзнай майстэрні падрыхтаваць кадр пратэзьнікаў.

10. Адзначыць адсутнасьць кваліфікаваных опцікаў і неабходнасьць арганізацыі ўсесаюзнай школы дзеля опцікаў і даручыць адм.-арг. і лекаваму аддзелам прыняць крокі дзеля забесьпячэньня месц для Беларусі.

11. Даручыць лекаваму аддзелу вывучыць пытаньне аб снабжэньні сялянства пратэзамі ў двухмесячны тэрмін.

12. Пратэзнай майстэрні прыняць крокі, каб зрабіць танную прадукцыю і ў прыватнасьці вывучыць магчымасьць карыстацца гатовымі часткамі пратэзаў і закупкаю іх у другіх саюзных рэспубліках.

13. Лічыць неабходным увесьці аднолькавую спраставаную сыстэму выдачы пратэзаў.

14. Лек.-праф. аддзелу і пратэзнай майстэрні вывучыць пытаньні аб арганізацыі савецка-ортопэдычнага цэху пры пратэзнай майстэрні і арганізаваць яго пры наліччы матар'яльных магчымасьцяй.

15. Прыняць крокі да пашырэньня сеткі зуба-тэхнічных лябораторый.

16. Даручыць інстытуту сацыяльнай гігіены разам з артапэдычнай амбуляторыяй заняцца вывучэньнем пытаньня аб сацыяльна-гігіенічным значэньні форм абутку і адзежы і распрацаваць рацыянальныя формы.

17. Лек.-праф. аддзелу прыняць крокі дзеля забясьпечаньня Беларусі акулярным шклом і справамі добрае прадукцыі і ў патрэбным ліку цераз Белмэдгандаль і ВСНГ.

18. Лічыць неабходным далейшае разьвіцьцё пратэзнае справы ў бок арганізацыі ортопэдычнага інстытуту, прымаючы пад увагу што ў цяперашні час апратэзавана ўсяго каля 50% інвалідаў і што пратэзаваньне патрабуе навуковае распрацоўкі.

19. Цэнтрам пратэзнае справы лічыць Менск, а ў Чарніцах мець аддзяленьне.

20. Лічыць мэтазгодным і неабходным выдзяленьне некаторага ліку ложак у хірургічных аддзяленьнях гор. Менску.

21. Дзеля сваечасовага забясьпячэньня пратэзнай майстэрні сыравінай і другімі матар'яламі, даручыць граш. аддзелу Народнага Камісарыята Аховы Здароўя урэгуляваць пытаньне аб скарыстаньні па адпаведных §§ каштарысу за 2 кварталы разам.

Праца Брацькавіцкага вясковага тубэркулёзнага дыспансэра.

17 лістапада 1926 г. адбылося пасяджэньне Прэзыдыума Калінінскага Акруговага Выканаўчага Камітэту, на якім заслухан даклад т. Мельнікава аб працы Брацькавіцкага вясковага тубэркулёзнага дыспансэра.

Выканком да дакладу вынес пастанову:

1. Праробленая праца першага году зьяўляецца больш арганізаванай, ахапіўшай усе бакі праграмы дыспансэра на вёсцы; у працэсе гэтае працы дыспансэрам знойдзены правільныя шляхі, па якіх у далейшым яна і будзе пашырацца.

2. Дыспансэрам праароблена абсьледавацельская праца ў галіне выяўленьня кватэрных ўмоў і санітарна-бытавога становішча насельніцтва, якая ляжа ў аснову далейшай працы, супольна з насельніцтвам, праз вясковыя санкамісіі, у справе аздараўленьня вёскі і барацьбы з сацыяльнымі хваробамі.

3. Значная санітарна-асьветная і санвыхаваўчая праца, праробленая дыспансэрам сярод насельніцтва, падрыхтоўвае грунт для далейшага распаўсюджваньня мерапрыемстваў у гэтай галіне.

4. Па ахове матмладу, ахматмдзету і савету сацыяльнай дапамогі, праца дыспансэра зацікавіла насельніцтва, якое зразумела ідэі дыспансэрнай працы на вёсцы.

5. Лічбовыя вынікі лекавае працы дыспансэру, падкрэсліваючы наліччa рознастайных сацыяльных хвароб на вёсцы, прывялі да разьвіцьця лячэбнай дапамогі ў галінах ахматмладу, ахматдзету і лячэньня тубэркулёзу і вачэй.

Разам з гэтым Прэзыдыум АВК лічыць неабходным падкрэсьліць: 1) што адсутнасьць двух паложаных па штату дактароў, стацыянару і недахоп належных сродкаў, ня гледзячы на грашовую дапамогу АВК, ня даў магчымасьці наладзіць сталую лячэбную працу, як неат'емлімую частку дыспансэрнай працы; 2) мала зьвернута дыспансэрам увагі на ажыўленьне і ўцягненьне ў працы санкамісіі пры с.-саветах насельніцтва і ня зусім стала праведзена праца ў хаце-чытальне; 3) пры арганізацыі дыспансэрам дзіцячых ясьляў на сродкі Чырвонага Крыжу і АВК, насельніцтва не прымала ніякага ўдзелу ў матар'яльнай дапамозе, дзякуючы таму, што ня было праароблена належнай працы па растлумачэньню.

У далейшым Прызыдыум АВК прапануе:

1. Прыняць рашучыя крокі для запаўненьня штата дыспансэру двумя дактарамі, а разам з гэтым паставіць пытаньне перад НКЗ аб водпуску сродкаў дзеля адбудаваньня, абсталяваньня і ўтрыманьня стацыянараў.

2. Прымаючы пад увагу вынікі ўсебаковай мэдычнай працы дыспансэру, прасіць Нарком Аховы Здароўя аб пераіменаваньні яго ў Вясковы Дыспансэр па барацьбе з сацыяльнымі хваробамі.

3. Прымаць больш сталы ўдзел у санітарна-асьветнай працы хатычытальні і прыняць меры да ажыўленьня і кіраўніцтва працай санкамісіі.

4. Лічыць неабходным імкнуцца да пашырэньня працы дыспансэру па-за межы ахапліваемага ім у сучасны момант раёну.

Усю працу дыспансэра пэрыодычна асьвятляць у прэсе.

Мінэральныя крыніцы Беларусі.

Прадстаўніком Адэскага Інстытуту прыкладное хіміі і радыолёгіі т. Гарнэт закончаны досьледы мінэральных крыніц у вёсцы Барқаўшчына, Полацкае акр. Крыніцы знаходзяцца на схіле халма, на беразе возера Малая Даўгашчына.

Яны заключаны ў драўляныя каптажы, якія маюць сточныя трубы. З старых часоў на гэтым месцы былі курорты, якія канчаткова зруйнаваны пры бела-польскай акупацыі.

Пасьля ачысткі студняў, можна ўбачыць крыніцы, з пескавога дна якіх выбіваецца вада. Апошняя выносіць з нетраў пясок і паступова запаўняе ім трубы студні, дзякуючы чаму патрабуецца пэрыодычная ачыстка студняў.

Стала тэмпэратура вады каля 7° па R. Дэбет крыніц складае прыблізна да 400 вёдзер вады ў гадзіну. Гэта лічба прыблізная, бо студні ня прыведзены да ладу і магчыма, што частка вады трапляе ў глебу.

На плошчы каля 30 кв. мэтраў месьцяцца 5 драўляных труб. Вада выбіваецца толькі з дзьвёх—паўночнай № 2 і паўдзённай № 1.

З студняў вада сьцякае па падземных трубах у сярэднюю зборную студню, а з яе ў возера.

У крыніцы № 1 вада чыстая, сьветлая, з невялікім процантам жалеза. У крыніцы № 2 вада сьветлая, чырвонага колеру, таксама мае жалеза і, апрача таго, сьляды серавадароду.

Рэакцыя вады нейтральная. Хлёру амаль што не мае і ня забруджана.

Крыніцы распаложаны на беразе возера. Блізка раскінут цэлы шэраг другіх вазёр. Мясцовасьць прыгожая, мае хваёвыя лясы. Вада добрая, здаровая для ўжываньня.

Дзеля поўнага аналізу вады мінэральных крыніц, Адэскім Інстытутам прыкладное хіміі і радыолёгіі ўзята проба з дзьвёх крыніц, а таксама ўзяты для аналізу пясок і жалезныя асадкі.

Аналізы будуць закончаны і прысланы Народнаму Камісарыяту Аховы Здароўя БССР у студзені месяцы 1927 г.

Узята таксама проба вады з крыніц у вёсцы Янаўка, Аршанскае акр., і ў мястэчку Талачын.

Народны Камісарыят Аховы Здароўя БССР прызнаў неабходным, каб санітарныя і краязнаўчыя арганізацыі на мясцох праводзілі ў далейшым плянавую працу па дасьледаваньню мінэральных крыніц у Беларусі, дзеля чаго патрэбна выдаць адпаведную інструкцыю.

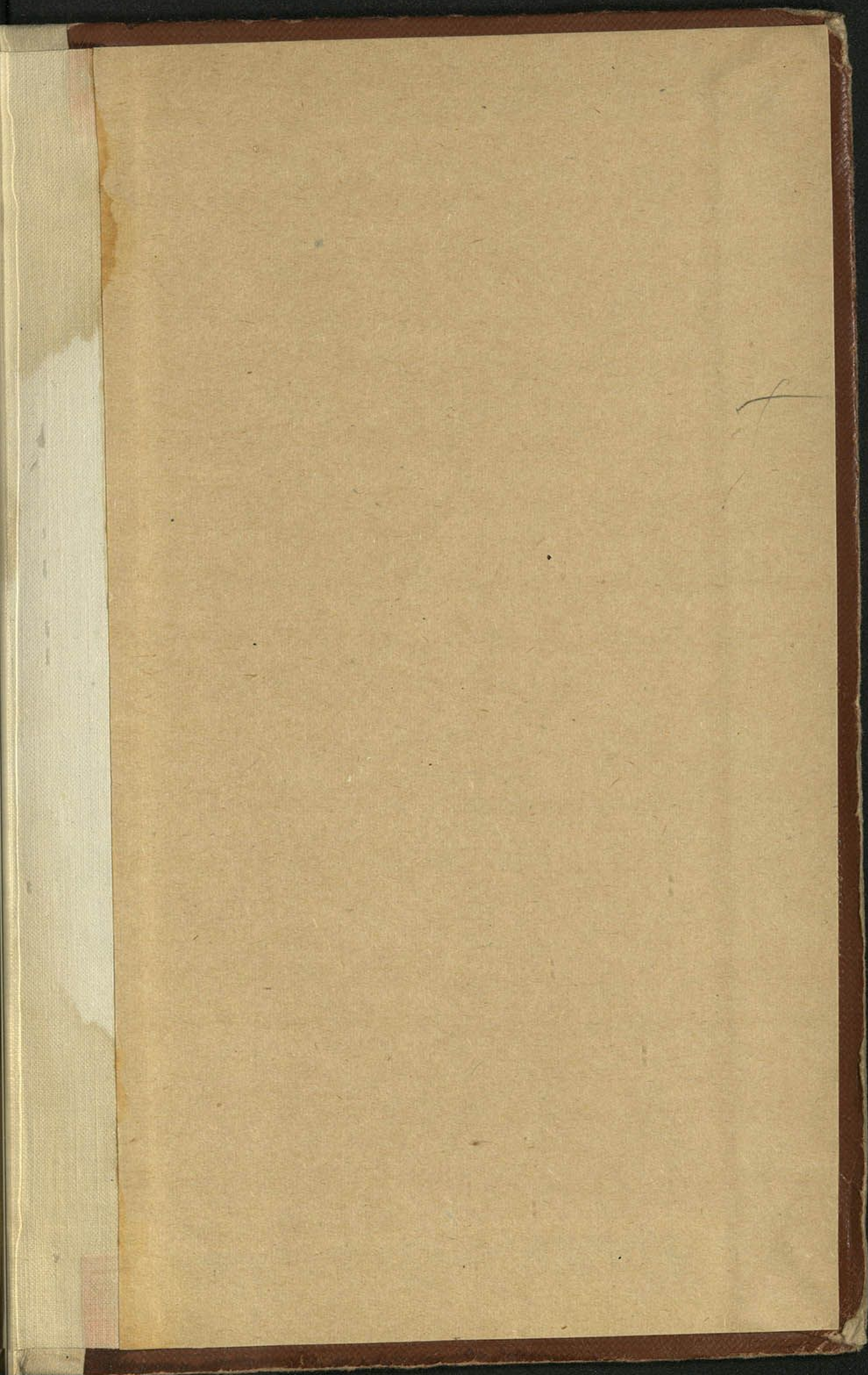
Праца ракавага бюро.

Ракавае бюро ўзнавіла сваю працу. Пастаноўлена арганізаваць па лініі санасьветы лекцыі для популярызацыі пытаньня аб ракавых хваробах, а таксама арганізаваць у дамох Санасьветы „ракавыя куткі“. Арганізацыя такога кутка ў Менскім доме Санасьветы ўжо распачата. Для гэтага скарыстоўваюцца прэпараты ракавых вопухоў з паталёга-анатомічнага інстытуту.

Апрацавана памятка аб раку і ў бліжэйшы час будзе выдана Санасьветай НКЗБ супольна з Беларускім т-вам Чырвонага Крыжу.

Апрача санасьветнай прапаганды прымаецца шэраг мер па арганізацыі лячэньня рака. На апошнім пасяджэньні ракавага бюро загадчык лек.-профілактычнага аддзелу т. Дзіхцяр паведаміў, што можна спадзявацца на атрыманьне 20.000 руб. на набыцьцё радзія для лячэньня рака і арганізацыю барацьбы з злоякаснымі хваробамі.

ОГЛАВЛЕНИЕ.



B0000001860567